

Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2017



The screenshot shows the homepage of the PNE 2017 website. At the top, there are logos for the Ministero della Salute and the Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, along with navigation links: INTRODUZIONE, FONTI, METODI, and APPENDICE. The main heading is "Programma Nazionale Esiti - PNE". Below this, a description states: "PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo" and a quote: "PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi." The interface is divided into three main sections: APP, PNE INFORMA, and FORMAZIONE. The APP section features the PNE APP logo and download links for Google Play and the App Store. The PNE INFORMA section displays three categories: "Taglio cesareo Cosa sapere", "Infarto Numero minimo di ricoveri raccomandati?", and "Colecistectomia Numero minimo di interventi?". The FORMAZIONE section includes links for "Formazione ECM", "Tutorial", and "Panoramica del sito". At the bottom, there is a login section with fields for "utente" and "password", and a link to "Entra". Below the login section, there are five icons representing different services: "Struttura Ospedaliera/ASL", "Sintesi per Struttura/ASL", "Strumenti per audit", "S.I. Emergenza Urgenza", and "Sperimentazioni regionali".

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.

PNE non produce classifiche, graduatorie o pagelle.



Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, equità, sicurezza e appropriatezza delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario. Le applicazioni su cui l'attività del PNE si è concentrata in questi anni hanno riguardato prevalentemente la valutazione comparativa tra soggetti erogatori e tra gruppi di popolazione e l'individuazione dei fattori dei processi assistenziali che determinano esiti, con particolare attenzione ai volumi di attività.

I risultati dell'edizione **2017 di PNE sui dati aggiornati al 2016**, analizzando **166** indicatori (67 di esito/processo, 70 volumi di attività e 29 indicatori di ospedalizzazione) confermano il trend di progressivo miglioramento della qualità dell'assistenza nel nostro Paese, già evidenziato negli anni passati.

Il miglioramento di tutti i principali indicatori, anche quando di portata ridotta, assume particolare rilievo in un contesto dove sono ancora evidenti gli effetti della recessione che ha colpito l'Europa nel 2007, quando i differenziali sociali di esposizione a fattori di rischio e quindi di salute tendono ad aumentare e ad avere conseguenze sia in termini di ricorso ai servizi sia in termini di mortalità.

Migliora la tempestività di intervento chirurgico sulle fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età: se nel 2010 solo il 31% dei pazienti veniva operato entro due giorni, nel 2016 la proporzione di interventi tempestivi è del 58%, con circa 112.000 i pazienti che dal 2010 hanno beneficiato dell'intervento tempestivo (interventi tempestivi guadagnati), di cui 32.000 nell'ultimo anno.

Al miglioramento a livello nazionale si affianca il ridimensionamento della variabilità interregionale, con un progressivo avvicinamento delle regioni del Sud ai risultati conseguiti dalle regioni del Nord Italia e un conseguente aumento delle condizioni di equità di accesso a un trattamento di provata efficacia nella riduzione della mortalità e della disabilità.

Le differenze fra le regioni italiane restano, tuttavia, importanti e l'eterogeneità intra-regionale, in alcuni casi, risulta incrementata, in parte come riflesso della coesistenza, all'interno di una stessa regione, di strutture ospedaliere caratterizzate da un significativo miglioramento delle performance negli ultimi anni e di strutture ancora lontane dallo standard atteso, dove resistono, ai vari livelli di responsabilità, criticità nel riconoscere alla



frattura del femore la dignità di urgenza e l'importanza della previsione di un percorso clinico-organizzativo per il paziente over-65.

Un quadro analogo riguarda il ricorso al parto chirurgico. Il numero dei parti con taglio cesareo in Italia è progressivamente aumentato dall'inizio degli anni ottanta, quando solo una donna su dieci era sottoposta al parto chirurgico, fino ai livelli del 2004, superiori al 37%.

La progressiva diminuzione della proporzione di parti cesarei primari, dal 29% del 2010 al 24,5% del 2016, ancora insufficiente rispetto allo standard internazionale, costituisce un contenimento importante: la propensione al parto chirurgico rappresenta infatti un comportamento difficile da cambiare, dove la dimensione opportunistica del fenomeno si affianca a una dimensione culturale di sottovalutazione diffusa, sia tra i professionisti sia nella popolazione femminile, dei minori rischi e dei maggiori benefici del parto naturale sia per la donna sia per il bambino.

Nell'ultimo anno si stima che siano 13.500 le donne alle quali è stato risparmiato un parto chirurgico, ma si conferma il dato di una forte eterogeneità interregionale e intra-regionale, a sottolineare come l'intervento sui processi culturali, clinici e organizzativi debba essere portato avanti, anche se ci sono chiari segnali di contrasto all'erogazione di prestazioni inefficaci o chiaramente dannose.

La riduzione nel ricorso al parto chirurgico per ragioni non mediche può essere ottenuta sia riducendo il numero di parti cesarei primari sia promuovendo il ricorso al parto naturale nelle donne con pregresso parto cesareo che non hanno controindicazioni al parto vaginale. I risultati del PNE mostrano come il numero di parti naturali eseguiti nelle donne che hanno partorito in precedenza con un parto cesareo sia ancora estremamente basso ma, tuttavia, in lento progressivo aumento.

Per quanto riguarda l'area dell'apparato digerente, l'indicatore che misura la proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni valuta la percentuale di ricoveri con degenza più estesa rispetto a quanto richiesto dalla natura della patologia e della prestazione. Il valore medio nazionale è passato dal 58,8% del 2010 al 72,7% del 2016, in linea con la soglia prevista dal DM 70. Restano tuttavia importanti differenze di comportamento tra le strutture ospedaliere, non necessariamente giustificate da una differente distribuzione della gravità clinica e della complessità della casistica. La mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio, che misura la qualità



dell'intero processo assistenziale del paziente con infarto, a partire dall'accesso ai servizi di emergenza, continua a diminuire, da 10,4% del 2010 a 8,6% del 2016. Il dato, contenuto su base nazionale e omogeneo fra le diverse Regioni e Province Autonome, trova conferma nell'ultimo Rapporto dell'OCSE (Health at a Glance 2017), dove l'Italia riporta una mortalità tra le più basse fra i paesi a economia avanzata. Discorso analogo per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni dopo un episodio di ictus ischemico: il valore medio nazionale del 10,9%, in diminuzione rispetto al 2015, è in linea con il dato dei paesi sviluppati a benessere diffuso. Per quanto riguarda le patologie a prevalente gestione territoriale come il diabete, l'asma, la BPCO i risultati del PNE rilevano una buona presa in carico dei soggetti cronici da parte del territorio, dato confermato dalla misurazione OCSE.

Nell'ambito delle ospedalizzazioni potenzialmente evitabili grazie alla corretta gestione del paziente a livello di cure primarie, si riporta nella sintesi proposta l'andamento temporale del tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva. Grazie alla progressiva riduzione, dal 2,5‰ nel 2010 al 1,9‰ nel 2016, si stima che solo nell'ultimo anno siano più di 24.000 i pazienti a cui è stata risparmiata un'ospedalizzazione potenzialmente evitabile. Anche la variabilità del dato tra aree di residenza risulta in diminuzione.

Più specificamente, per quanto riguarda la valutazione PNE dell'assistenza territoriale, si riportano i risultati dell'indicatore che misura la percentuale di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) a 12 mesi dalla dimissione dopo ricovero per ictus ischemico. Il dato sembra evidenziare in alcuni casi uno scollamento della rete dell'emergenza dalla rete territoriale ed è suscettibile di migliorare grazie al potenziamento della funzionalità della rete assistenziale tra le diverse aree territoriali.

In diminuzione anche i ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza, come le ospedalizzazioni per tonsillectomia, che passano da un tasso del 2,85‰ del 2010 al 2,15‰ nel 2016, con un conseguente impatto di circa 6.400 interventi risparmiati nella popolazione pediatrica solo nell'ultimo anno.

Infine, PNE documenta ancora un'importante frammentazione nell'offerta dei servizi per i quali è dimostrata un'associazione tra volume di interventi ed esiti delle cure, in particolare per la chirurgia oncologica e per la chirurgia protesica. Ad esempio anche se per la chirurgia sul TM della mammella la proporzione di reparti con volumi di attività in linea con lo standard del DM70 (almeno 150 interventi/anno per struttura complessa) sale al 25%, contro il 21%



dell'anno precedente, coprendo il 65% degli interventi su base nazionale, nel 2016 ancora 3 unità operative su 4 non rispettano lo standard atteso.

Per quanto riguarda, invece, i punti nascita, anche se nel 2016 risultano ancora 97 strutture ospedaliere (21%) con volumi inferiori ai 500 parti annui, in esse si concentra meno del 6% dei parti totali, a dimostrare come in alcune occasioni la sensibilità e consapevolezza degli utenti sul tema della qualità e sicurezza delle cure possano ridisegnare il panorama dell'offerta con maggiore tempestività della Programmazione sanitaria.

RISULTATI DELL'EDIZIONE 2017: I PRINCIPALI CAMBIAMENTI

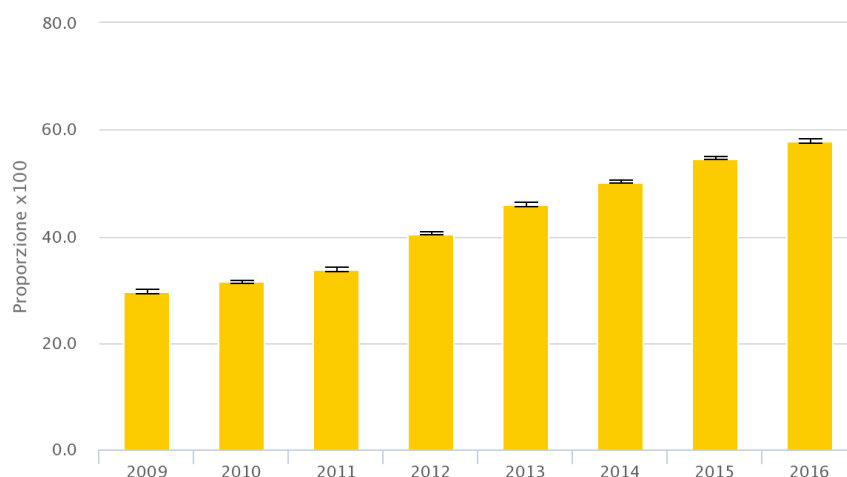
I risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE) sono pubblicati sul sito web dedicato.

Si riportano di seguito alcuni risultati.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE

Con il progressivo invecchiamento della popolazione e aumento dell'aspettativa di vita, la proporzione di persone soggette a rischio di frattura del femore e la sopravvivenza in stato di disabilità sono entrambi fenomeni destinati ad aumentare nel tempo e ad avere un impatto crescente in termini di risorse dedicate. L'intervento tempestivo sulla frattura del collo del femore nell'anziano, **riducendo la mortalità e l'insorgenza di complicanze post-operatorie, determinando una minore durata del dolore e migliorando il recupero degli outcome funzionali**, consente di controllare le ricadute economiche e sociali e in termini di salute di quella che, a livello globale, è tra le 10 maggiori cause di disabilità ("World Report on Disability" - *World Health Organization 2011*).

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI. ITALIA 2009 - 2016



La proporzione di fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 31% del 2010 al 58% del 2016. Si stima che dal 2010 siano circa

112.000 i pazienti che hanno beneficiato dell'intervento tempestivo, di cui 32.000 nell'ultimo anno.

Questo progressivo miglioramento a livello nazionale non sembra essere avvenuto a discapito dei tempi di attesa per frattura di tibia e perone che si attestano su una mediana di 4 giorni, con valori massimi di 11 giorni. Non si è ridotto il volume di attività per entrambe le tipologie di frattura ed esiste una sostanziale omogeneità nel numero di interventi a livello regionale, a dimostrare che il riconoscimento della dignità di urgenza alla frattura del femore non comporta una compromissione dell'assistenza per altre condizioni traumatiche.



Il Regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 2 giorni su pazienti con frattura del collo del femore di età maggiore di 65 anni.

Dalle 70 strutture che nel 2010 rientravano in questo standard, si è passati nel 2016 a **245 strutture ospedaliere che si collocano al di sopra della soglia prevista, di cui 60 con valori in linea con lo standard internazionale (superiore all'80%).**

Il numero di strutture al di sotto dello standard previsto si è ridotto: erano 230 nel 2015; sono 195 nel 2016 di cui 40 con proporzioni inferiori al 20%.

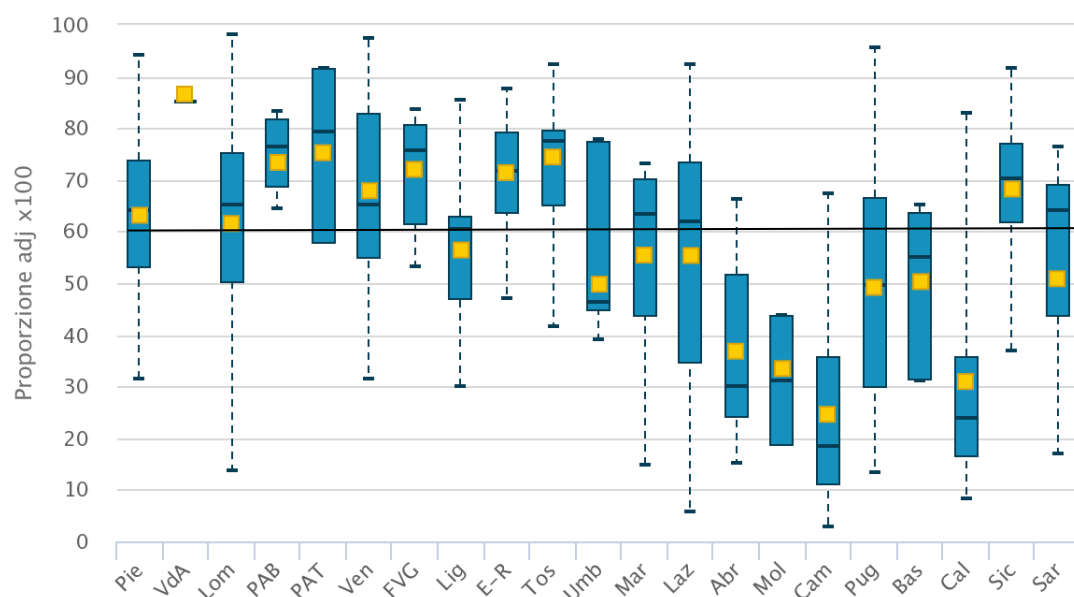
Nella figura successiva è rappresentata la variabilità intra e interregionale attraverso i boxplot: i rettangoli, che rappresentano i valori dell'indicatore nel 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle regioni, mentre il quadratino giallo rappresenta la media regionale.

Ad esempio, il rettangolo corrispondente alla Regione Piemonte mostra un valore medio (quadratino giallo) lievemente superiore al valore medio nazionale (linea orizzontale nera), con la struttura con più alte proporzioni che effettua più del 90% di interventi entro 2 giorni (trattino orizzontale superiore) e la struttura con proporzioni più basse che effettua tempestivamente circa il 30% di interventi (trattino orizzontale inferiore); la metà delle strutture piemontesi effettua, invece, tra il 53% e il 74% degli interventi entro 2 giorni.

L'altezza del rettangolo rappresenta quindi la variabilità interna. La comparazione tra i valori medi (rettangoli gialli) consente, invece, di confrontare le diverse regioni tra di loro.

Si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 3% ad un massimo del 97%.

FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI - ITALIA 2016



Se si assume come valore di riferimento lo standard minimo del 60% fissato dal Regolamento del Ministero per ogni struttura del SSN, si può vedere che, ad eccezione del Molise, dove nessuna struttura raggiunge lo standard minimo, in ogni regione è presente almeno una struttura che raggiunge la soglia attesa.

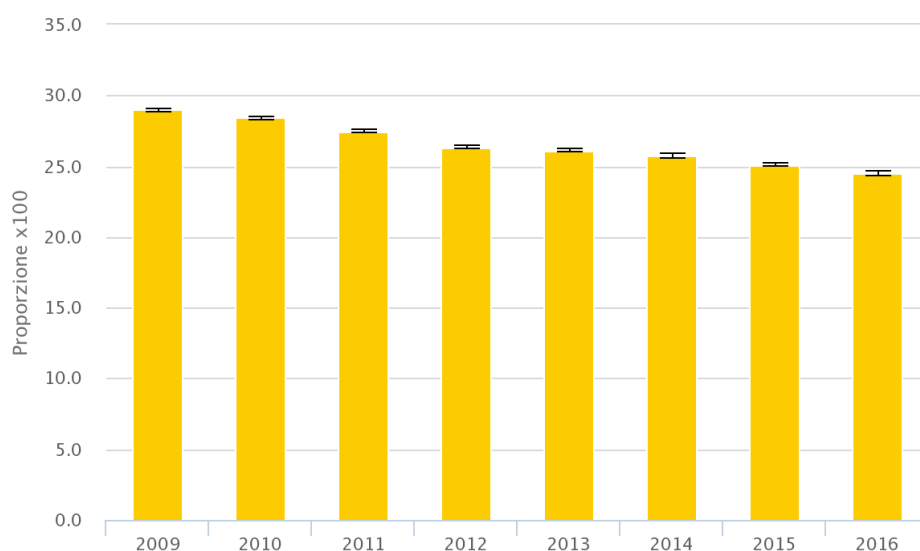


Anche in regioni al di sotto dello standard atteso, ci sono strutture ospedaliere che si collocano su valori non solo superiori alla soglia minima prevista, ma in linea con lo standard internazionale: **con adeguati interventi organizzativi, è possibile migliorare l'assistenza al paziente anziano con frattura del femore anche in contesti che mostrano evidenti deficit di sistema.**

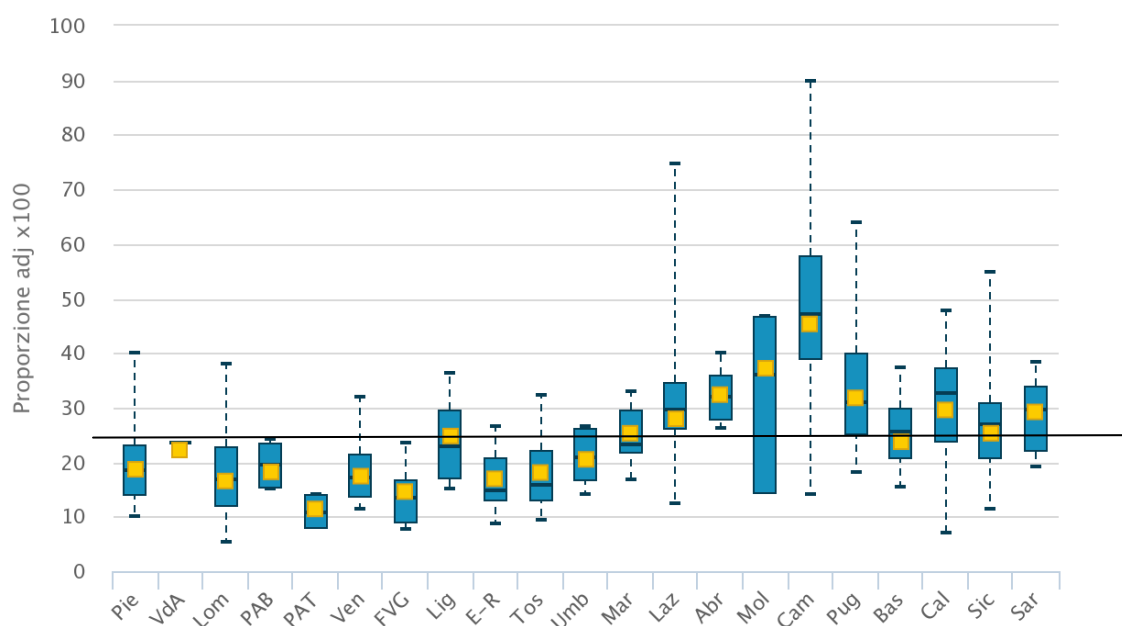
PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sin dal 1985 afferma che una proporzione di cesarei superiore al 15% non è giustificata. Il parto con taglio cesareo rispetto al parto vaginale comporta maggiori rischi per la donna e per il bambino e dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche. Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti annui e 15% per le maternità con meno di 1000 parti annui.

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO. ITALIA 2009 - 2016



La proporzione di parti cesarei primari continua a scendere progressivamente dal 29% del 2010 al 24,5% del 2016 (per la prima volta sotto la soglia del 25%), con differenze importanti all'interno di ogni singola regione e tra le regioni. Si stima che dal 2010 siano circa 58.500 le donne alle quali è stato risparmiato un taglio cesareo primario, di cui 13.500 nel 2016.

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO. ITALIA 2016

Anche in questo caso, a fronte di un valore nazionale medio del 24,5%, **si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 6% ad un massimo del 92%.**

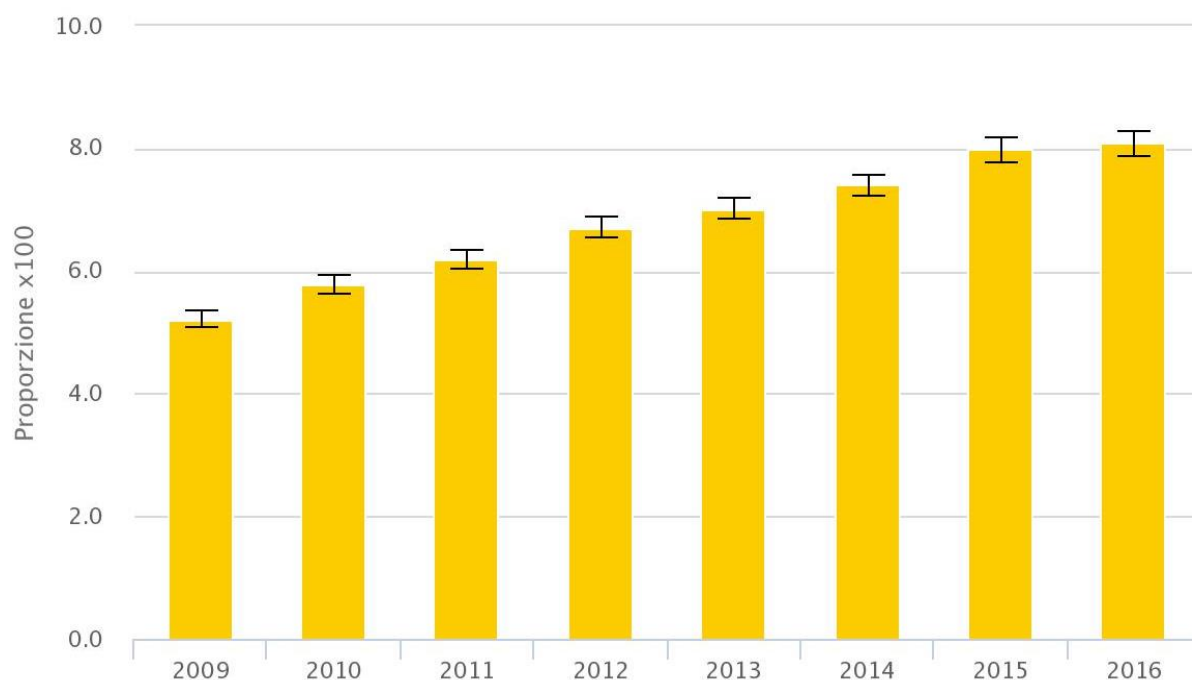
Nella figura, i rettangoli, che rappresentano i valori assunti dal 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle regioni, mentre il quadratino giallo rappresenta la media regionale.

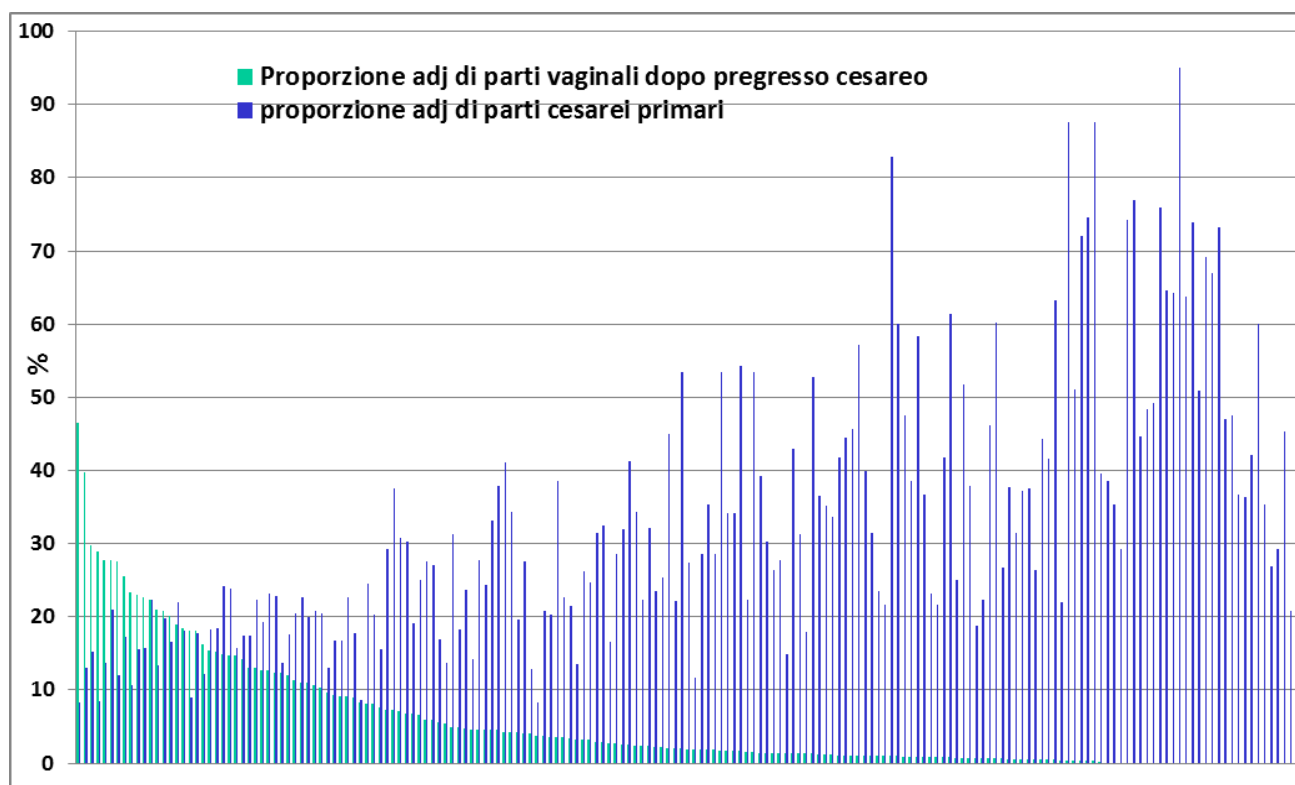
PROPORZIONE DI PARTI VAGINALI IN DONNE CON PREGRESSO CESAREO

La proporzione di parti vaginali eseguiti in donne che hanno partorito in precedenza con un parto cesareo è un indicatore che può essere utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza fornita alle partorienti: valori più alti possono riflettere una pratica clinica più appropriata dal momento che le linee guida internazionali non precludono, **se non in particolari condizioni di rischio, il parto naturale in donne che abbiano precedentemente subito un cesareo e che parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per “ragioni non mediche”**.

PROPORZIONE DI PARTI VAGINALI IN DONNE CON PREGRESSO CESAREO.

ITALIA 2009-2016

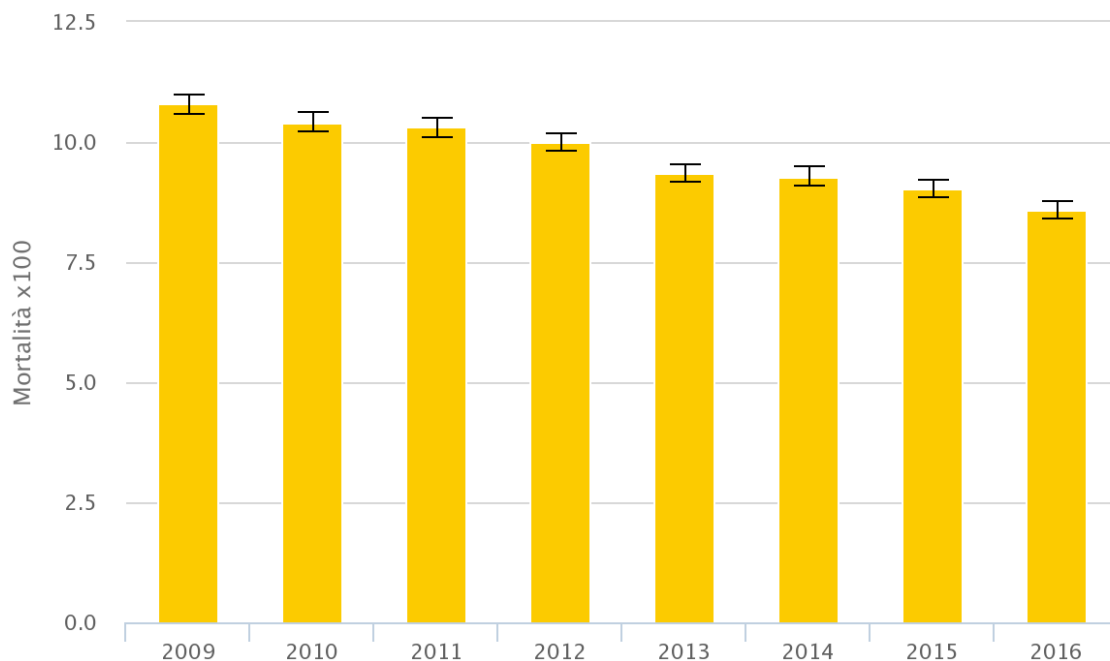




Per quanto la probabilità di parto naturale in donne che hanno avuto un precedente parto chirurgico sia ancora estremamente bassa e in progressivo lento aumento, la figura mostra come questo comportamento (barre verticali verdi) sia più frequente in quelle strutture che riportano più basse proporzioni di ricorso al cesareo primario (barre verticali blu): le strutture con più alte proporzioni di parto vaginale dopo cesareo, posizionate a sinistra del grafico, presentano infatti percentuali ridotte di parti chirurgici, a sottolineare la dimensione prettamente culturale del fenomeno.

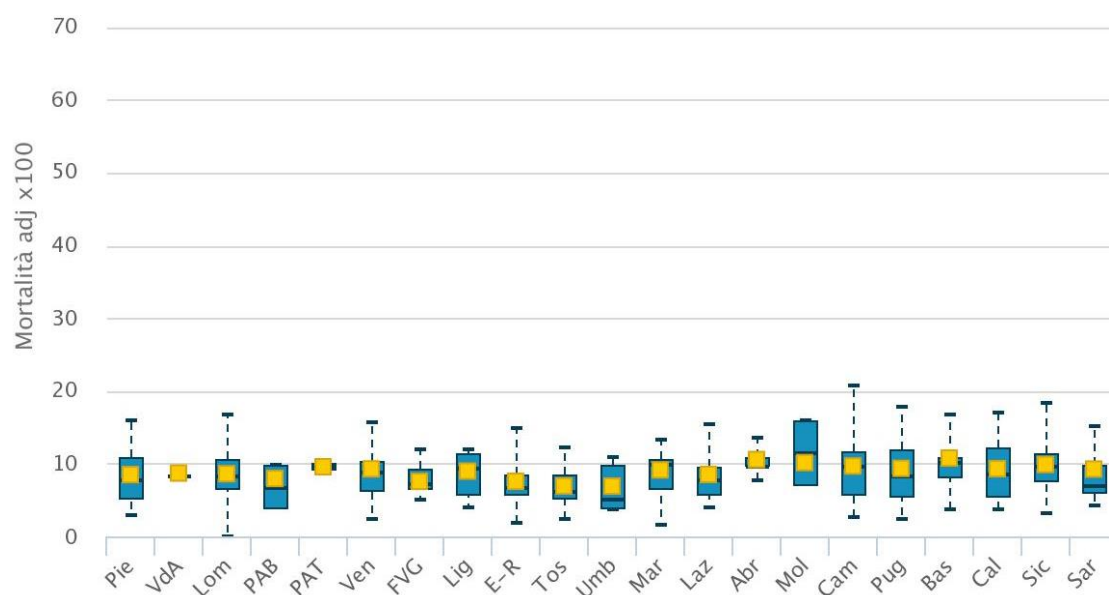
INFARTO MIOCARDICO ACUTO: MORTALITÀ A 30 GIORNI

INFARTO MIOCARDICO ACUTO: MORTALITÀ A 30 GIORNI. ITALIA 2009 - 2016



La mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio continua a diminuire, da 10,4% del 2010 a 8,6% del 2016. A fronte del valore nazionale medio, si osserva una bassa variabilità interregionale e una discreta variabilità intra regionale, con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0% a un massimo del 21%.

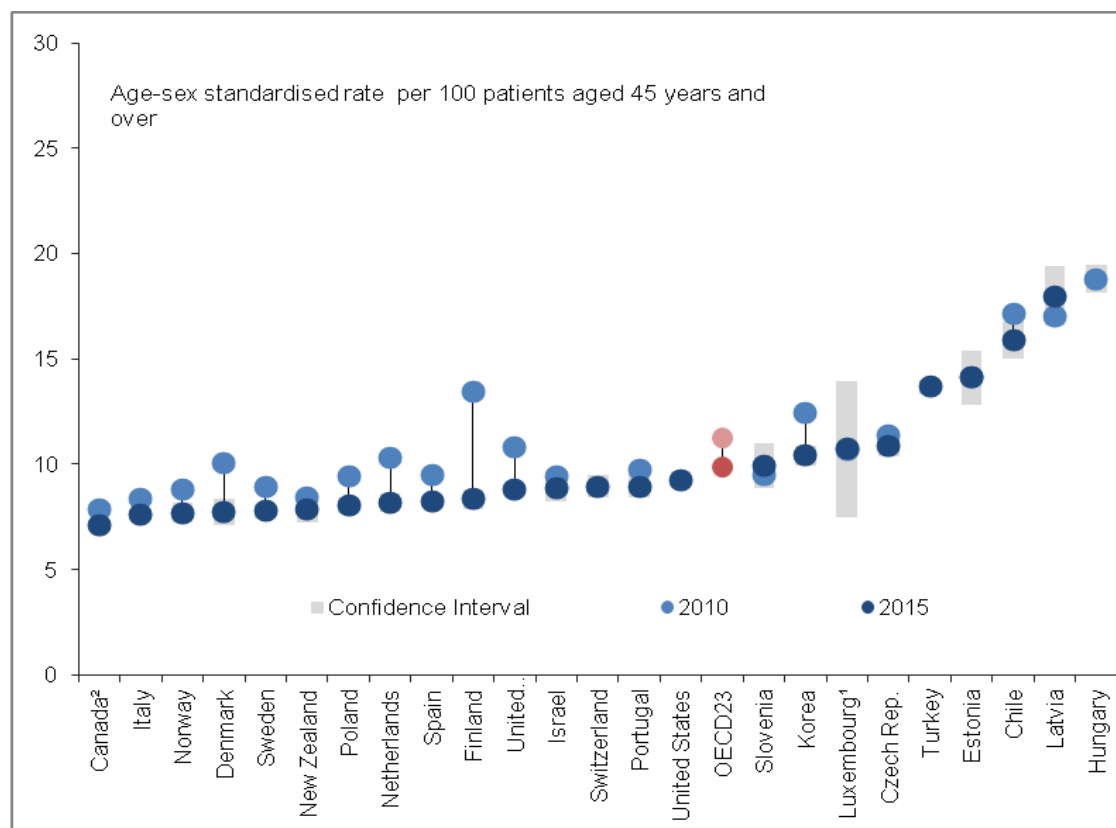
Possibili distorsioni dei risultati possono derivare da una non corretta identificazione degli IMA o classificazione STEMI, NSTEMI. In seguito alle segnalazioni di errori di codifica degli STEMI e NSTEMI, sono state definite le nuove linee guida per la codifica ICD-9-CM, valide a livello nazionale.

INFARTO MIOCARDICO ACUTO: MORTALITÀ A 30 GIORNI. ITALIA 2016

L'indicatore che ha lo scopo di valutare la qualità del percorso assistenziale complessivo del soggetto con Infarto Miocardico Acuto, evidenzia come il dato di mortalità sia contenuto su base nazionale e omogeneo fra le diverse regioni e province autonome. L'attribuzione dell'esito alla struttura di ricovero non implica, quindi, la valutazione della qualità dell'assistenza fornita da quella struttura ma dell'appropriatezza ed efficacia del percorso del paziente, che coinvolge i diversi centri di responsabilità operativi nell'articolazione di una rete integrata territorio-ospedale, dove i tempi di diagnosi e trattamento siano ridotti e il paziente sia avviato al centro ospedaliero predisposto all'offerta della tipologia assistenziale più appropriata.

L'ultimo rapporto dell'OCSE (Health at a Glance 2017) rileva come la mortalità per infarto miocardico in Italia sia fra le più basse fra i paesi a economia avanzata.

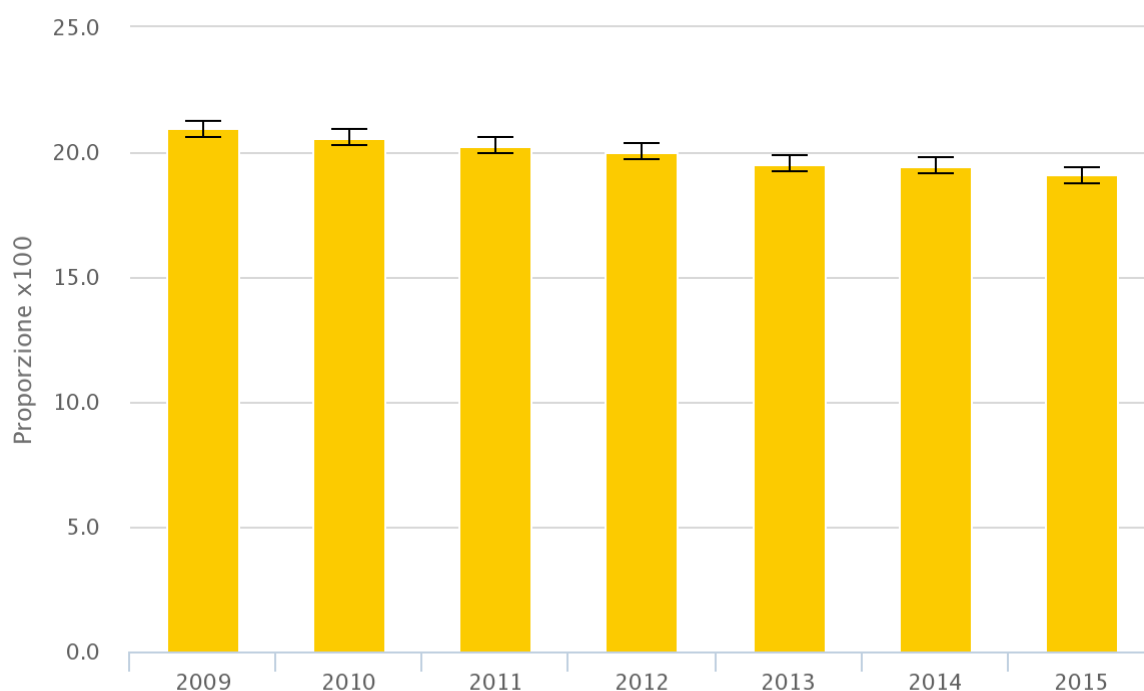
MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'ACCESSO IN OSPEDALE. OCSE 2017 – dati 2015

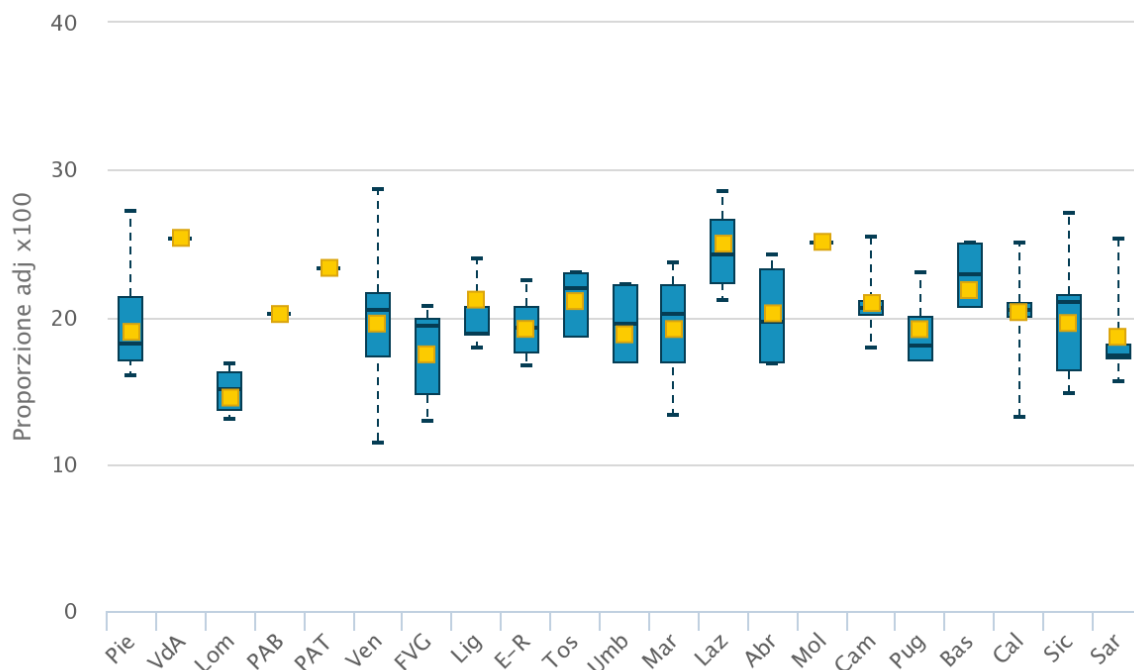


ICTUS ISCHEMICO: EVENTI MAGGIORI CARDIOVASCOLARI E CEREbroVASCOLARI (MACCE) A 1 ANNO

La proporzione di eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) a 12 mesi dalla data di dimissione dopo ricovero per ictus ischemico valuta la corretta gestione clinico terapeutica del paziente sul territorio dopo un ricovero per ictus, a partire dalla definizione di un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazioni dietetiche e relative allo stile di vita, nonché la definizione di una corretta strategia farmacologica con l'obiettivo di evitare successivi episodi ischemici che possono essere fatali in tali pazienti. Il dato sembra evidenziare una diversa funzionalità di questa rete tempo dipendente tra le diverse aree territoriali e in alcuni casi uno scollamento della rete dell'emergenza dalla rete territoriale.

ICTUS ISCHEMICO: MACCE A 1 ANNO. ITALIA 2009 - 2016



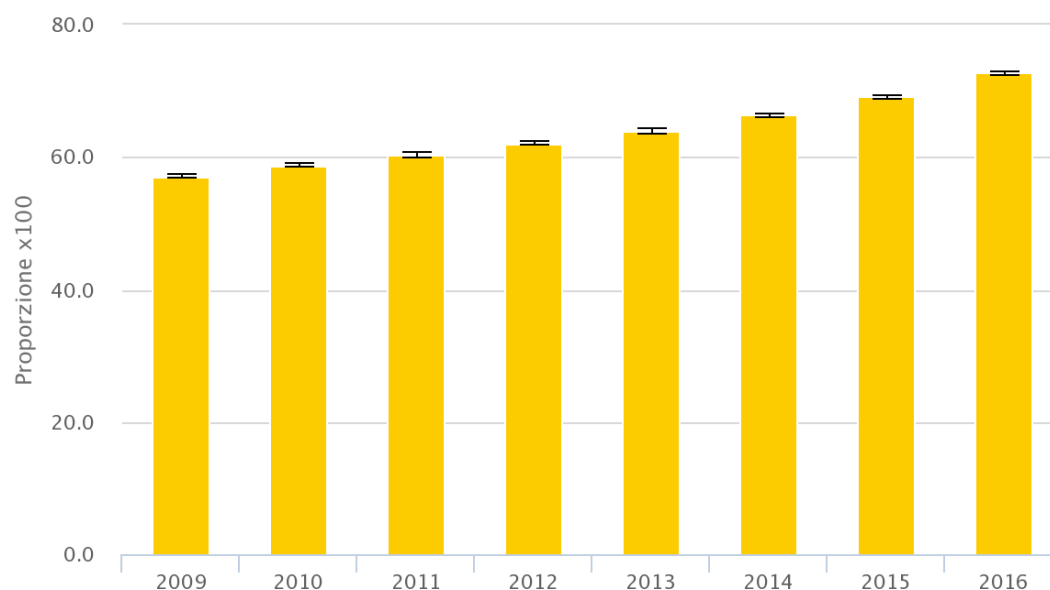
ICTUS ISCHEMICO: MACCE A 1 ANNO. ITALIA 2016**COLICISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: DEGENZE OPERATORIE INFERIORI A 3 GIORNI**

La colecistectomia per via laparoscopica è oggi considerata il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati: rispetto all'intervento a cielo aperto è associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi.



Una degenza post-operatoria più estesa del necessario non è associata a nessun beneficio in termini di salute e aumenta il rischio di complicanze legate alla permanenza in ospedale, in particolare il rischio di infezioni ospedaliere che presentano un costo sia in termini di salute che di risorse economiche.

COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: DEGENZE POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI. ITALIA 2009-2016



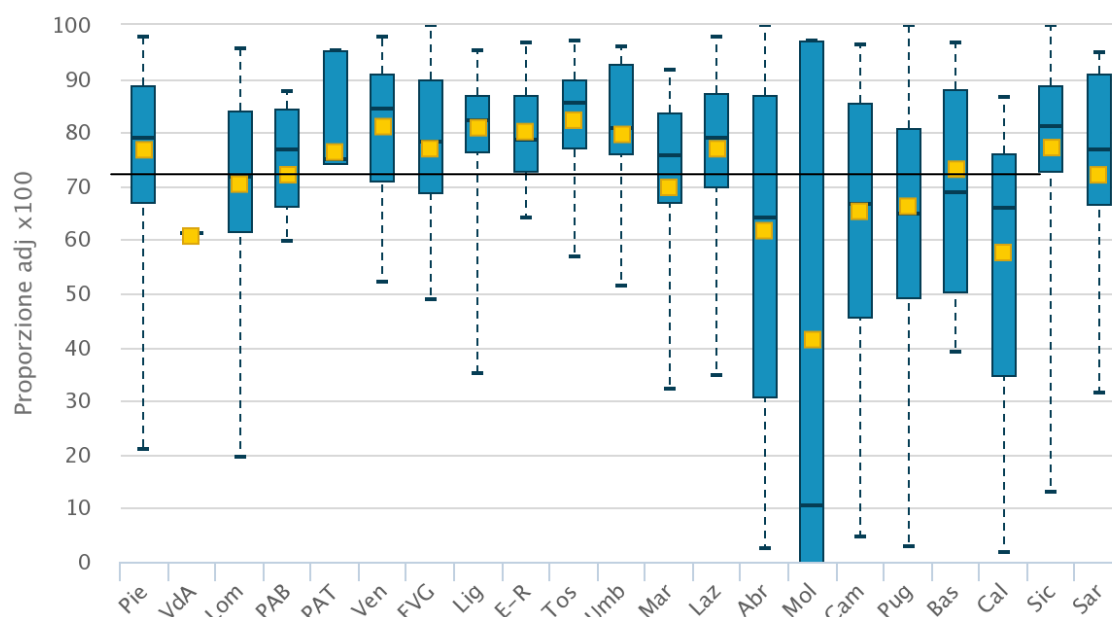
La proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 58,8% del 2010 al 72,7% del 2016



Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 70% per struttura la quota minima di colecistectomie con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni.

Le strutture che nel 2016 rispondono a questo standard sono il 63%.

COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: DEGENZE POST-OPERATORIA INFERIORE A 3 GIORNI. ITALIA 2016



Si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo di 0% a un massimo del 100%.

Nella figura, i rettangoli, che rappresentano i valori assunti dal 50% delle strutture regionali, mostrano la variabilità intra-regionale e sono divisi al loro interno da una linea che rappresenta il valore mediano. I segmenti che partono dai rettangoli sono delimitati dal valore minimo e massimo assunto dalle strutture ospedaliere nelle regioni, mentre il quadratino giallo rappresenta la media regionale.

VOLUMI DI ATTIVITÀ ED ESITO DELLE CURE

Il volume di attività rappresenta una delle caratteristiche misurabili di processo che possono avere un rilevante impatto sull'efficacia degli interventi e sull'esito delle cure. PNE riporta i volumi di attività delle condizioni cliniche per le quali l'associazione tra volume di attività ed esito delle cure sia stata dimostrata in letteratura.

A seguito di una recente revisione delle evidenze disponibili, i responsabili di tre importanti sistemi ospedalieri americani hanno lanciato, attraverso il New England Journal of Medicine, una campagna per l'impegno della comunità scientifica ad evitare di effettuare interventi chirurgici complessi da parte di strutture o chirurghi con volumi di attività molto bassa.

L'associazione tra volume ed esiti per diverse condizioni è confermata anche dall'analisi dei dati empirici nazionali.

Le conoscenze scientifiche, da sole, non consentono di identificare per gli indicatori di volume un preciso e puntuale valore soglia, minimo o massimo, ma è possibile identificare un intervallo di volume al di sotto del quale il rischio di esiti negativi aumenta notevolmente. Alla scelta di "volumi minimi di attività" al di sotto dei quali non deve essere possibile erogare specifici servizi nel SSN devono necessariamente contribuire, oltre alle conoscenze sul rapporto tra efficacia delle cure e loro costi, le informazioni sulla distribuzione geografica e accessibilità dei servizi.

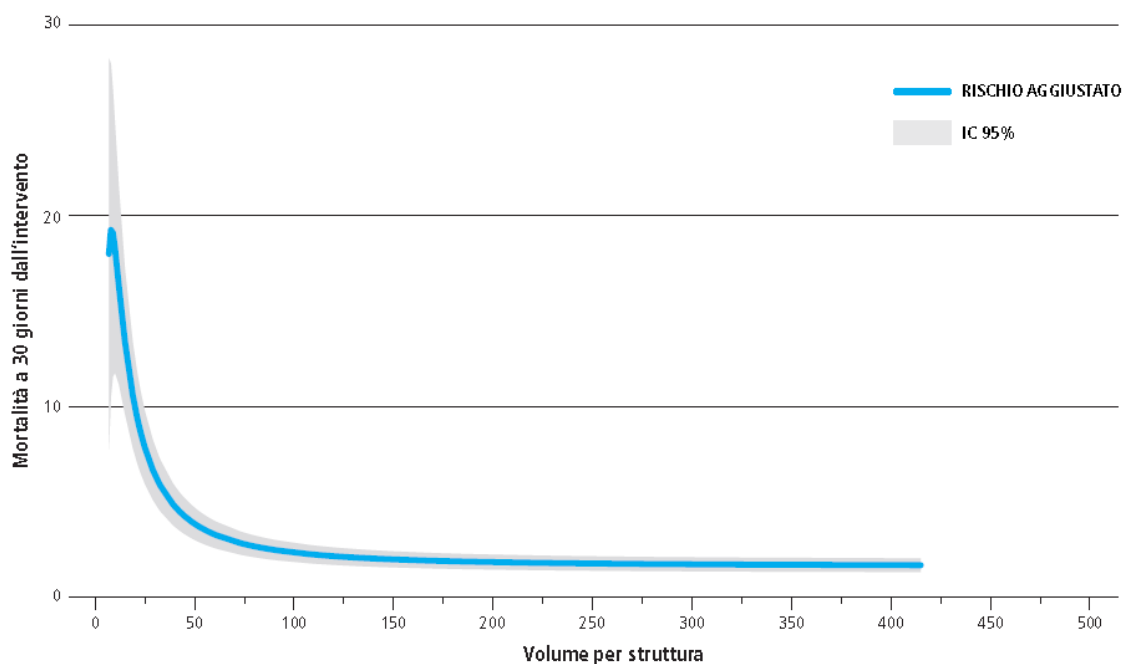


A partire da gennaio dell'anno prossimo, dovrebbe essere possibile misurare il volume per singolo chirurgo, così come previsto dal Decreto ministeriale relativo all'integrazione delle informazioni della SDO.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI.

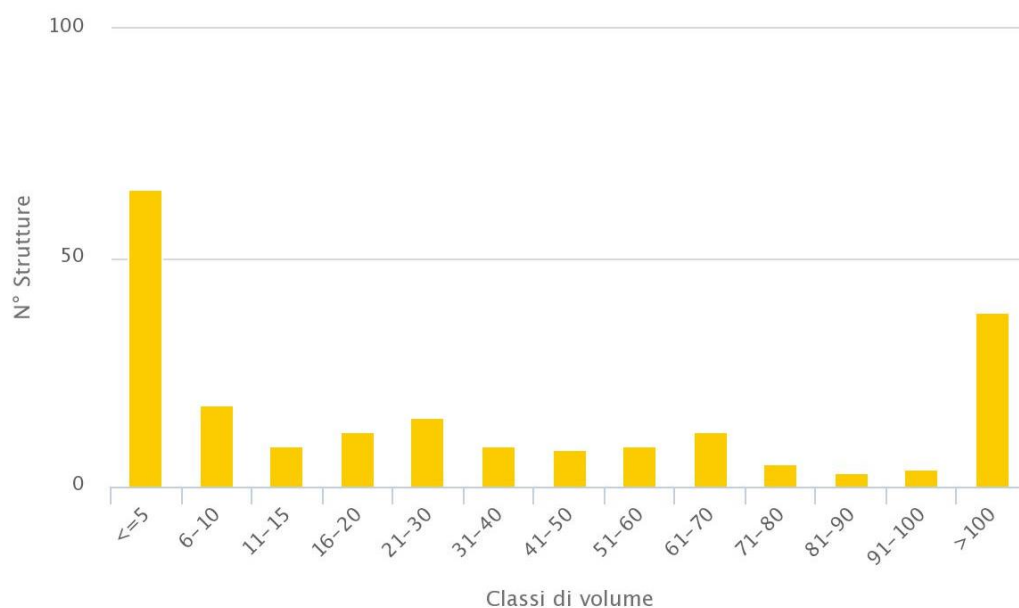
CHIRURGIA DEL CANCRO AL POLMONE.

ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 50-70 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2016



Nel 2016, in Italia, 142 strutture ospedaliere eseguono più di 5 interventi chirurgici per TM del polmone; tra queste, solo **50 strutture (35%) presentano un volume di attività superiore a 70 interventi annui, senza sostanziali variazioni rispetto al 2015.**

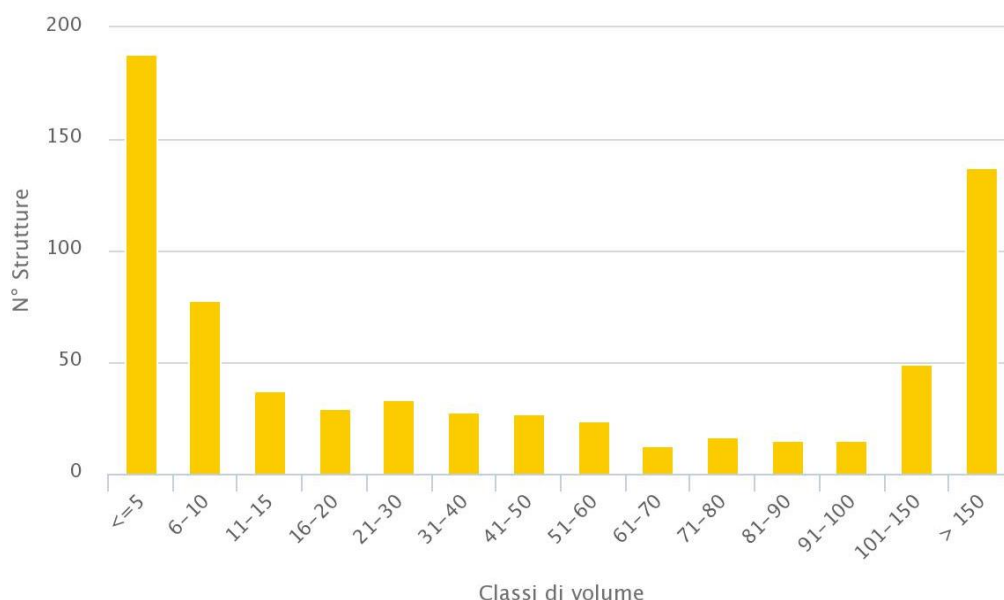
Le strutture con bassi volumi di attività effettuano complessivamente il 25% dell'attività chirurgica oncologica.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: VOLUME DI RICOVERI

Le linee guida internazionali identificano degli standard di qualità delle Breast Unit e in particolare per quanto riguarda gli interventi chirurgici, la soglia minima individuata è di 150 interventi chirurgici annui, soglia che è stata definita anche nel regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera.

In Italia si osserva un'associazione tra volume di attività e reintervento a 120 giorni. In particolare, il rischio di reintervento a 120 giorni diminuisce fino a circa 150 interventi/anno, volume identificato come punto di svolta, e continua a diminuire all'aumentare del volume di attività.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2016

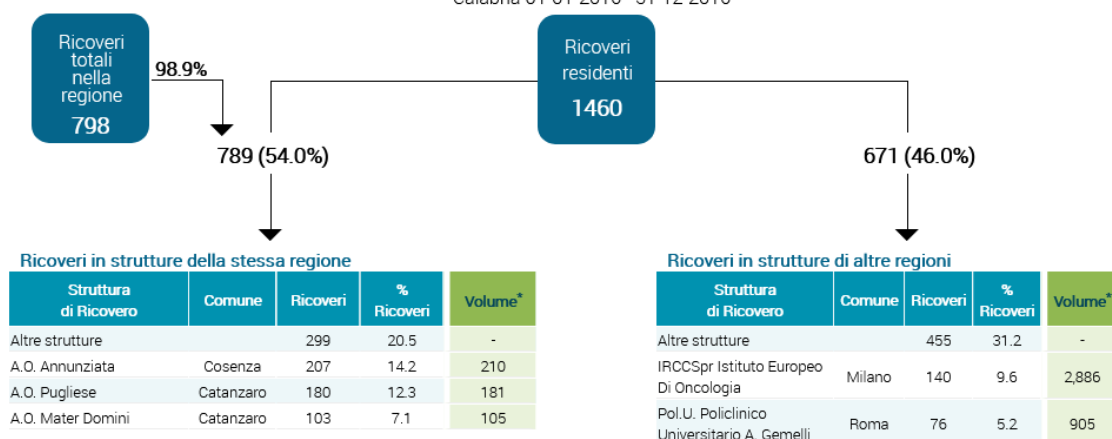


Nel 2016, delle 424 strutture ospedaliere che eseguono più di 10 interventi chirurgici per il TM della mammella, 140 (33%) presentano volumi di attività in linea con lo standard, di contro al 27% dell'anno precedente. Se analizziamo il dato per Unità Operativa di dimissione, la proporzione si riduce di molto: nel 2016 dei 521 reparti che effettuano più di 10

interventi/anno, 130 (25%) eseguono almeno 150 interventi. Nonostante nel 2015, la proporzione era del 21%, nell'ultimo anno di valutazione ancora 3 unità operative su 4 non rispettano lo standard atteso, **effettuando il 35% degli interventi complessivi su base nazionale.**

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: FLUSSI DI MOBILITÀ

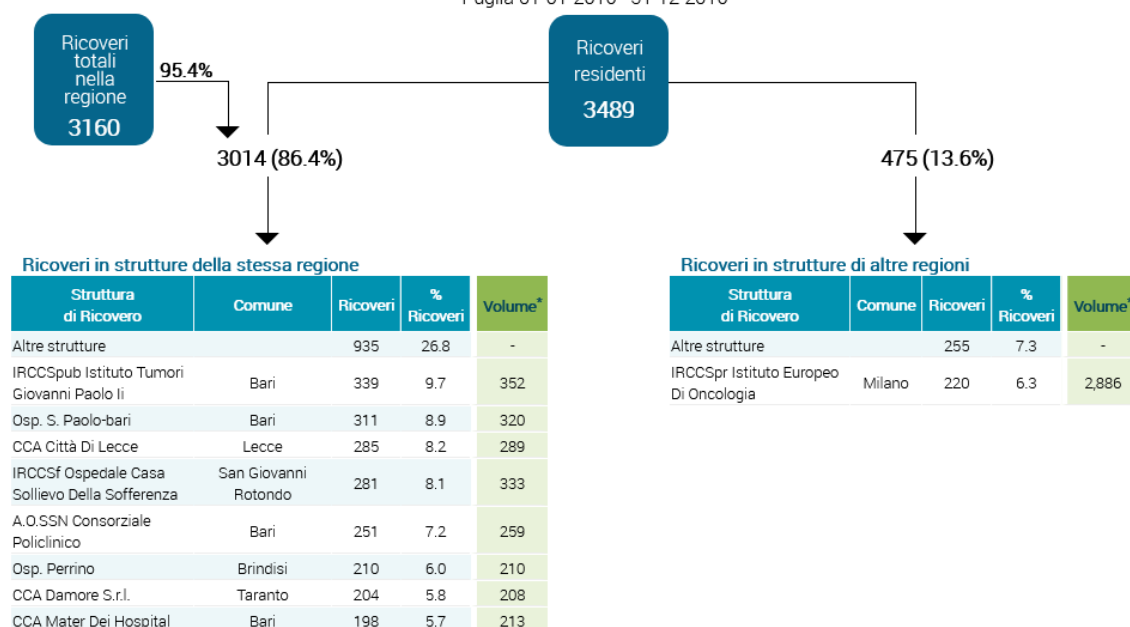
Calabria 01-01-2016 - 31-12-2016



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio

Nel quadro della valutazione dell'equità di accesso a servizi di provata efficacia, è possibile verificare la proporzione di persone che, a fronte della necessità di un intervento chirurgico, trovano una adeguata risposta ai loro bisogni nelle strutture della regione di residenza.

Puglia 01-01-2016 - 31-12-2016



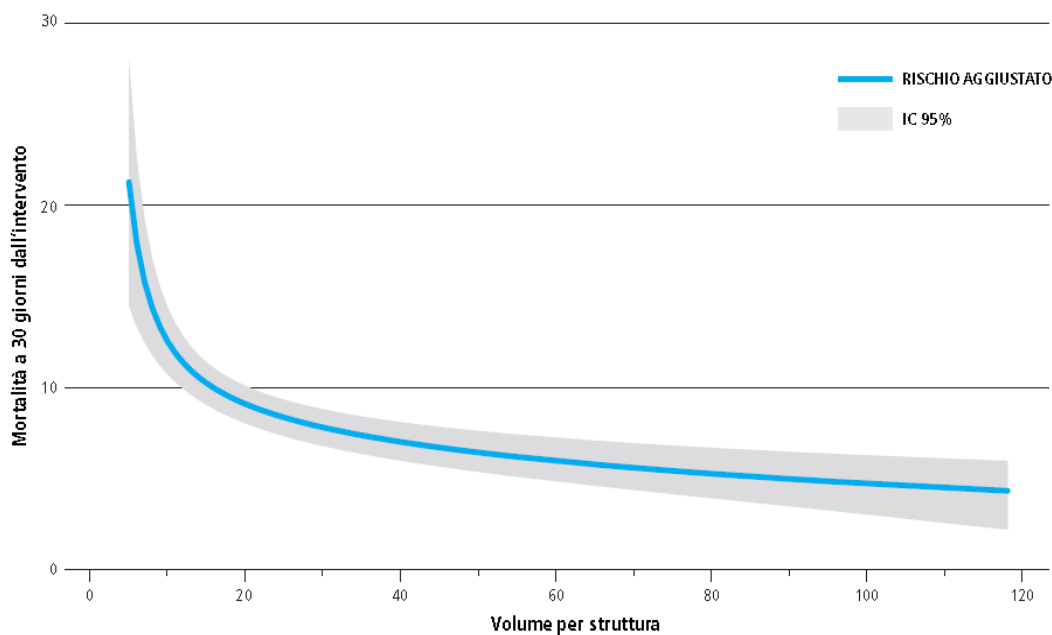
*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio

Nel 2016 mentre l'86,4% delle donne residenti in Puglia con tumore maligno della mammella ha eseguito l'intervento chirurgico nella propria regione, il 46% delle donne calabresi con carcinoma della mammella si è rivolta a strutture di altre regioni.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI.

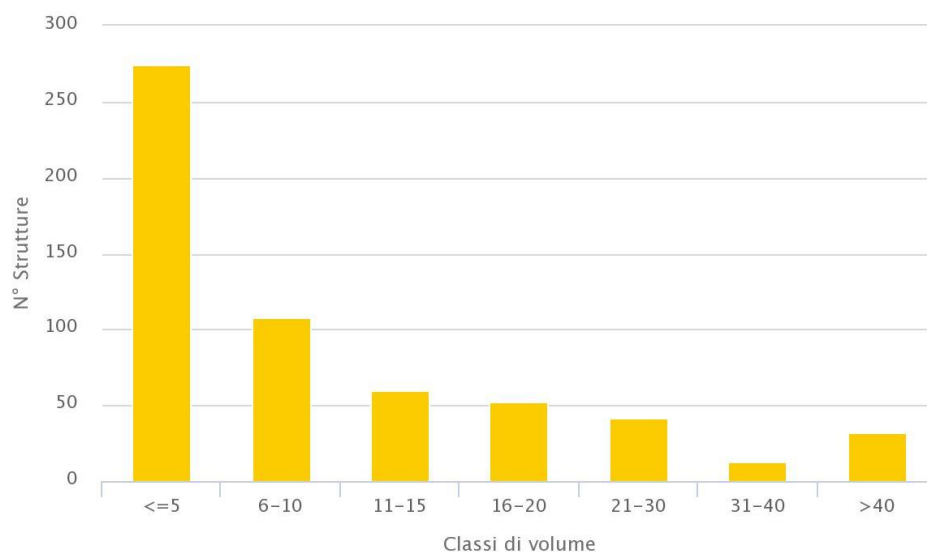
CHIRURGIA DEL CANCRO ALLO STOMACO.

ANALISI DELL'ASSOCIAZIONE TRA MORTALITÀ A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



La mortalità a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce decisamente fino a circa 20-30 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività.

INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2016

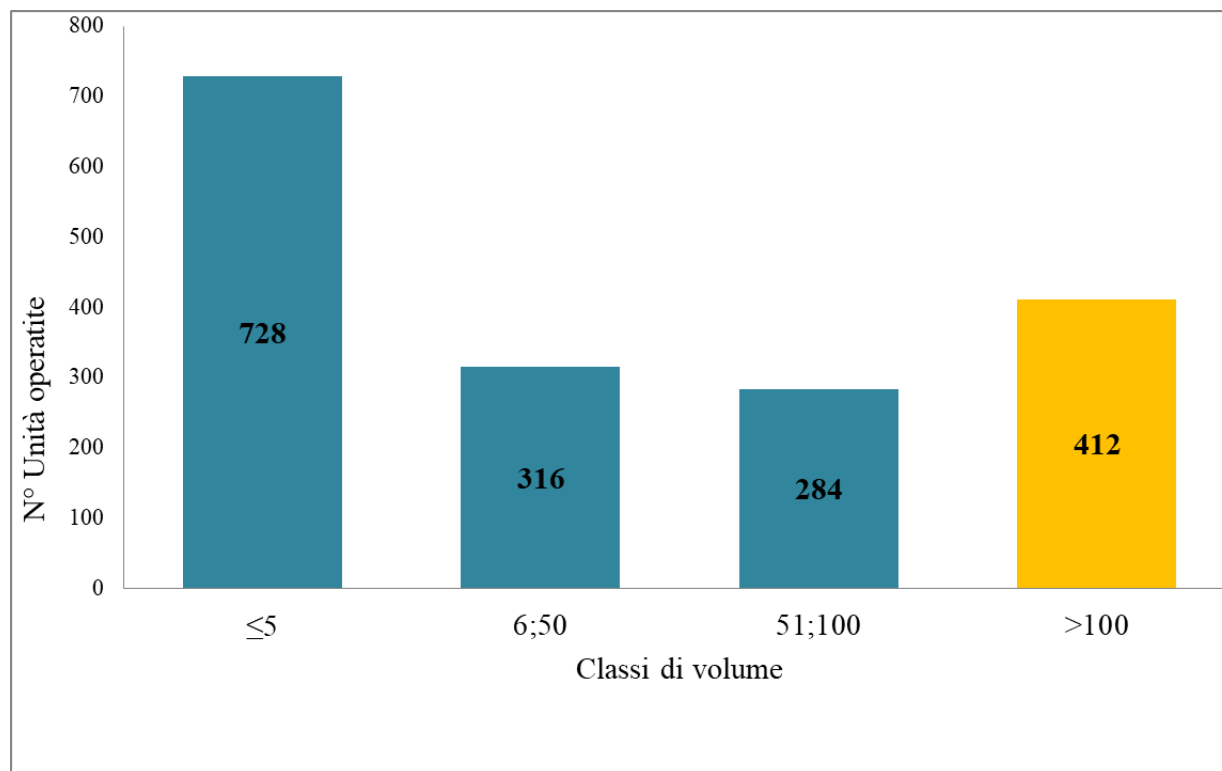


Nel 2016, 379 strutture ospedaliere eseguono più di 3 interventi chirurgici per TM dello stomaco; tra queste 94 (25%) presentano un volume di attività non inferiore a 20 interventi annui. La proporzione resta sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente.

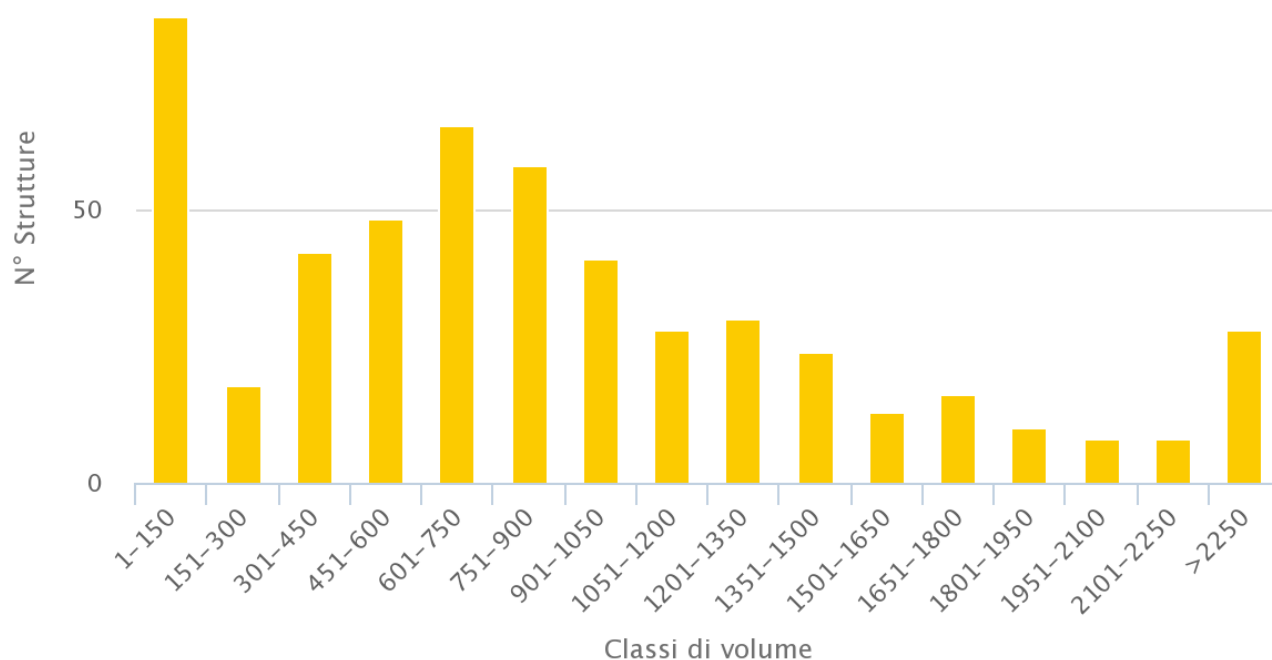
Se analizziamo il dato per Unità Operativa di dimissione, la proporzione si riduce di molto: nel 2016, sono 468 le unità operative con più di 3 interventi chirurgici; tra queste, solo 80 effettuano almeno 20 interventi/anno (17%), **coprendo il 60% degli interventi complessivi su base nazionale**

COLICISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: VOLUME DI RICOVERI

Si osserva un'associazione tra volume di attività per struttura e per Unità Operativa di colicistectomie laparoscopiche e complicanze a 30 giorni. In particolare la proporzione di complicanze a 30 giorni dopo l'intervento diminuisce fino a circa 100 interventi anno per Unità Operativa, soglia definita anche nel regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera.

COLICISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2016

Nel 2016, dei 1012 reparti che eseguono più di 5 interventi di colecistectomia laparoscopica, 412 (41%) presentano volumi di attività in linea con lo standard.

PARTI: VOLUME DI RICOVERI – ITALIA 2016

Le evidenze scientifiche sull'associazione tra volumi di parti ed esiti di salute materno-infantile mostrano un'associazione tra bassi volumi ed esiti sfavorevoli.

Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera rimanda all'accordo Stato Regioni che, già nel 2010, prevedeva la chiusura delle maternità con meno di 500 parti.



Escludendo le strutture con meno di 10 parti annui, **nel 2016 in Italia le strutture ospedaliere con meno di 500 parti annui sono 97 (21%), effettuando complessivamente solo il 5,7% dei parti totali; nel 2015 erano 118 (24%).**

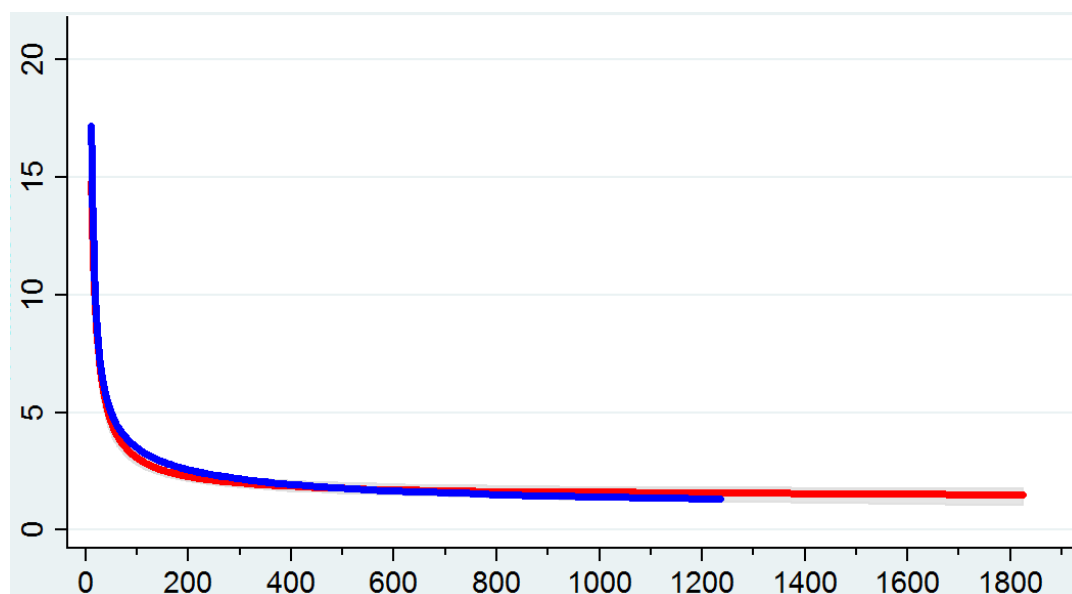
INTERVENTI PROTESICI

Il volume di attività è una caratteristica di processo che può avere un impatto sull'efficacia degli interventi.

Il Ministero della Salute, nel giugno del 2015, ha emanato un decreto sugli «standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» che individua soglie minime per unità operativa di volume di attività e di esito per alcune condizioni cliniche, con lo scopo di garantire a tutta la popolazione italiana parità di accesso agli interventi di provata efficacia e sicurezza.

Oltre il 50% dei soggetti di età superiore a 65 anni presenta una patologia a carico dell'apparato muscoloscheletrico con un alto potenziale di disabilità. Il volume di interventi di artroprotesi eseguiti in Italia è in continuo aumento, rappresentando un fenomeno importante in termini di sicurezza dei pazienti e in termini di impatto sulla spesa sanitaria. L'opportunità di razionalizzare i servizi, con particolare riferimento all'accorpamento di ospedali o unità operative, risponde infatti non solo a motivi legati alla limitazione di risorse economico finanziarie, ma anche alla necessità di controllare l'impatto negativo in termini di salute della popolazione dovuto a un'eccessiva frammentazione.

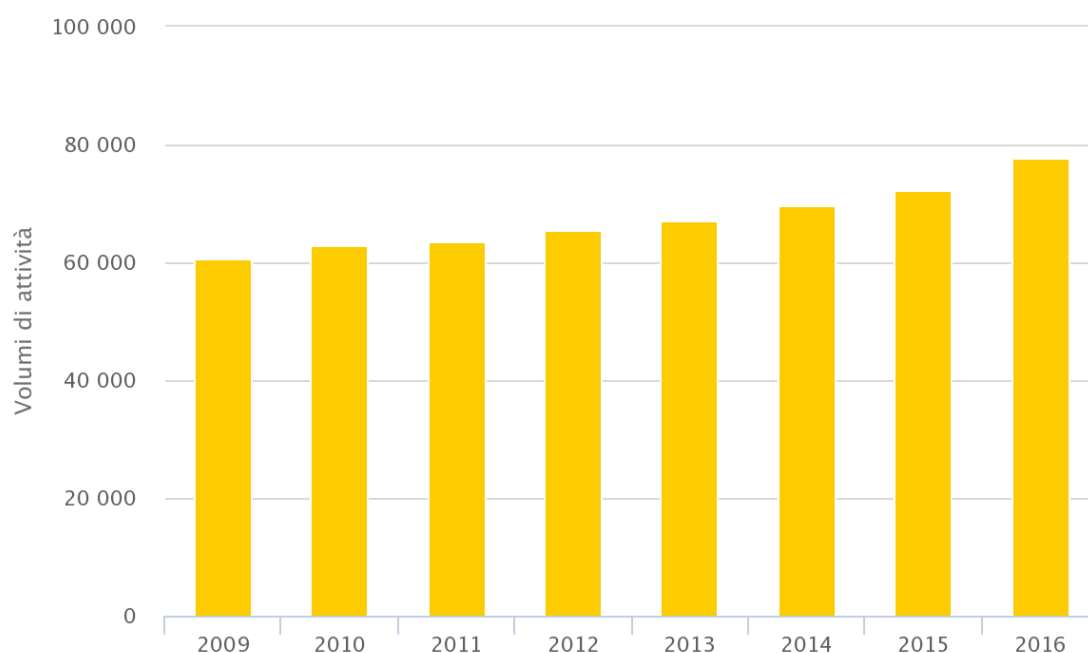
ARTOPLASTICA DEL GINOCCHIO. ASSOCIAZIONE TRA RIAMMISSIONE A 30 GIORNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER POLO OSPEDALIERO



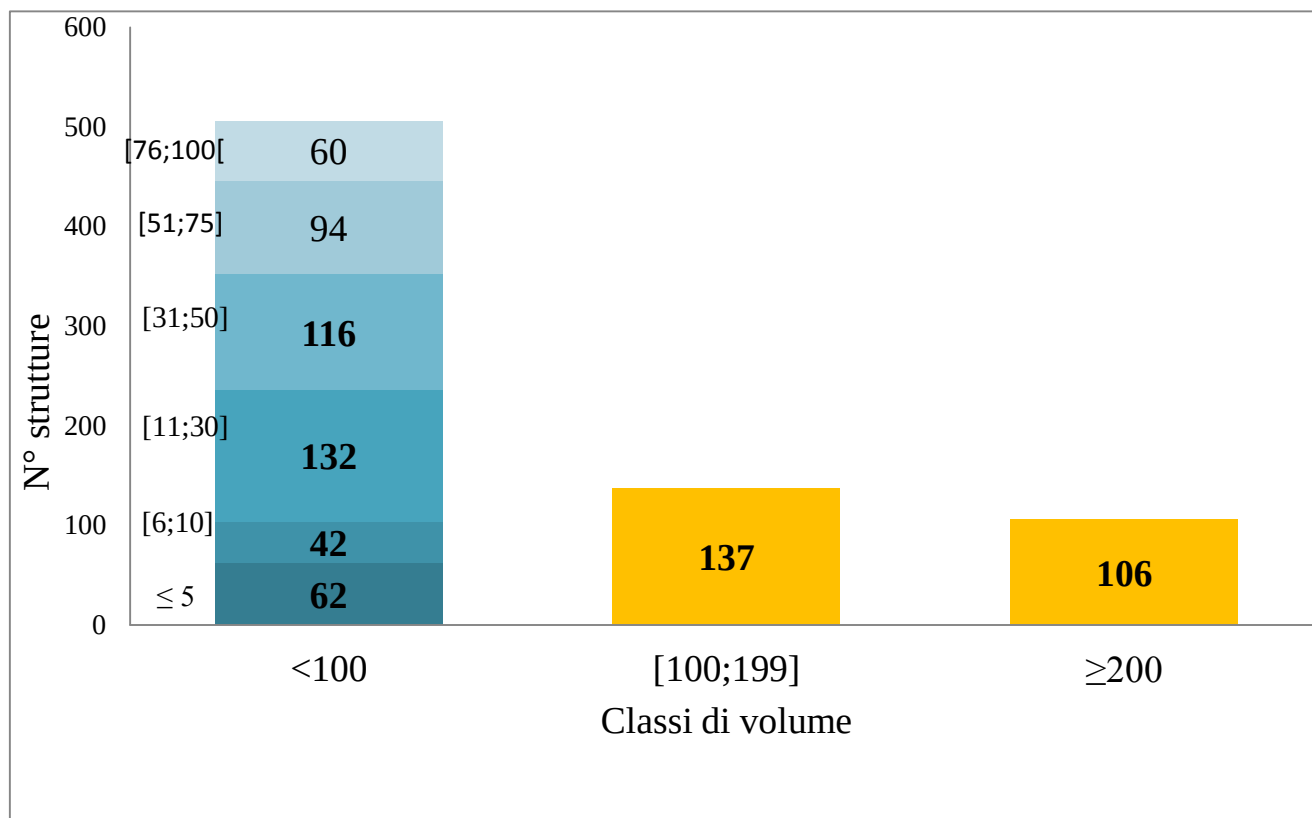
L'associazione positiva tra volumi ospedalieri ed esiti è documentata in letteratura. Risultati di revisioni sistematiche, inoltre, riportano l'esistenza di una relazione tra mortalità ospedaliera a 30 giorni, complicanze, durata della degenza e infezioni e volume di attività del chirurgo.

Il PNE documenta un rischio medio nazionale di riammissioni a 30 giorni dopo artroplastica al ginocchio di 1.36% e una discreta variabilità tra strutture ospedaliere. In Italia si osserva un'associazione tra volume di attività e riammissione entro 30 giorni. In particolare, la proporzione di riammissioni diminuisce fino a 100 interventi/anno e continua a diminuire lievemente all'aumentare del volume di attività fino a stabilizzarsi.

ARTROPLASTICA DEL GINOCCHIO: VOLUME DI RICOVERI. ITALIA 2009-2016

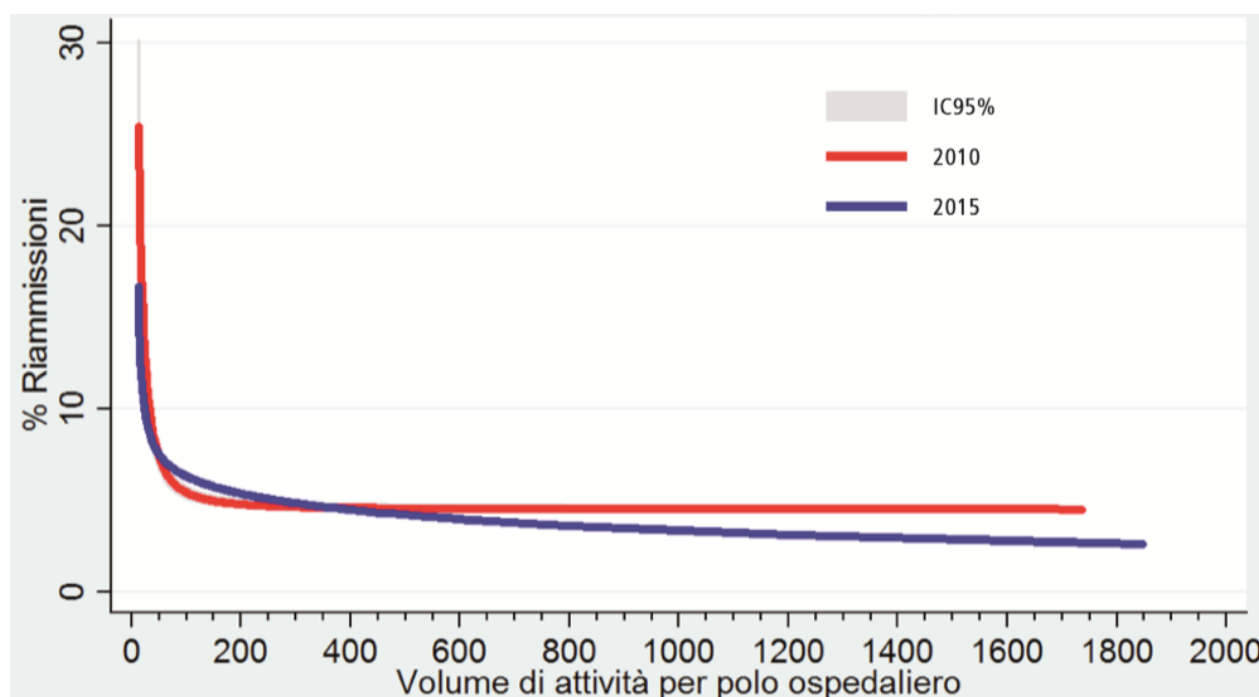


ARTOPLASTICA DEL GINOCCHIO: DISTRIBUZIONE VOLUMI DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



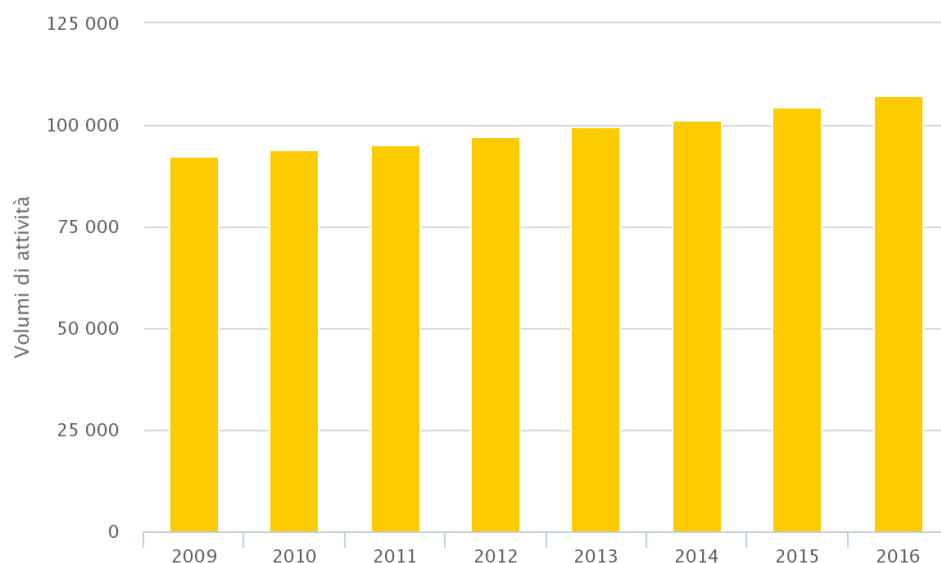
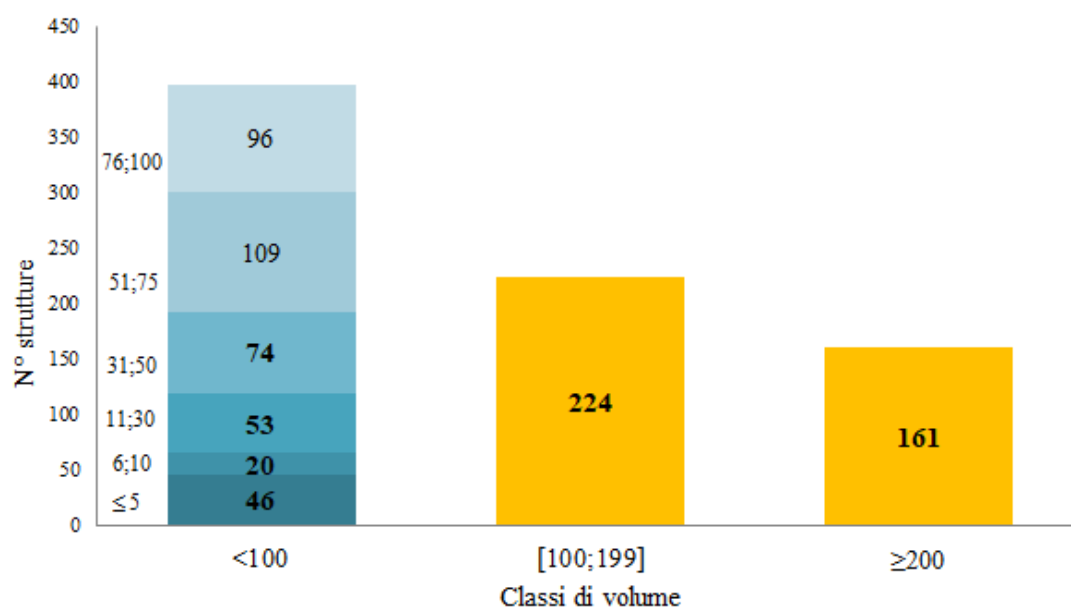
Nel 2016, 749 strutture ospedaliere eseguono interventi di protesi di ginocchio; tra queste, solo 243 strutture (32%) presentano un volume di attività ≥ 100 interventi annui, coprendo il 76% delle artroplastiche totali.

ARTROPLASTICA DELL'ANCA: VOLUME DI RICOVERI. ASSOCIAZIONE TRA REVISIONE A 2 ANNI E VOLUME DI ATTIVITÀ PER POLO OSPEDALIERO

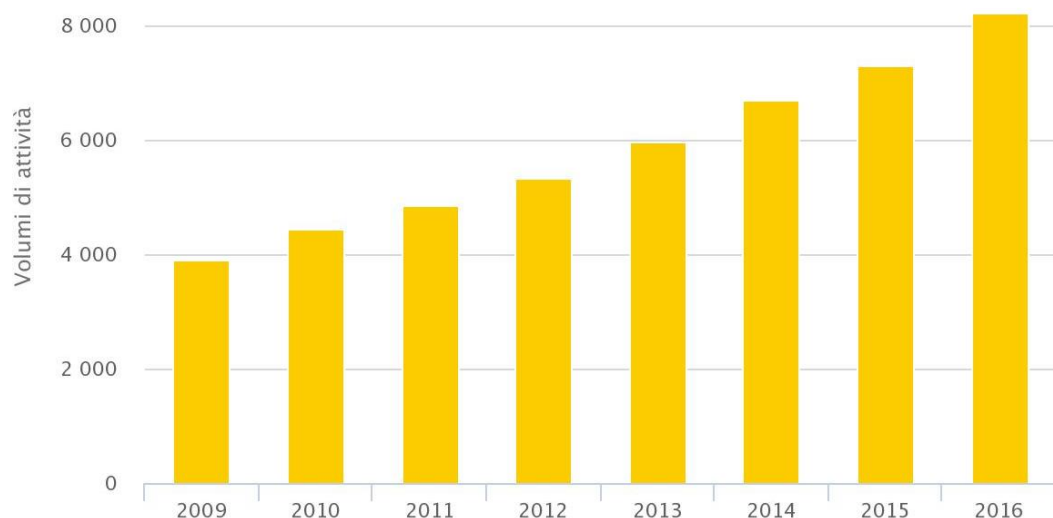


L'esistenza di una associazione positiva tra volume di attività per chirurgo e mortalità ospedaliera a 30 giorni e revisioni post-intervento è documentata dalla letteratura scientifica. Non è ancora possibile analizzare questa associazione per le strutture ospedaliere italiane, mancando sulla scheda di dimissione ospedaliera l'informazione relativa all'operatore.

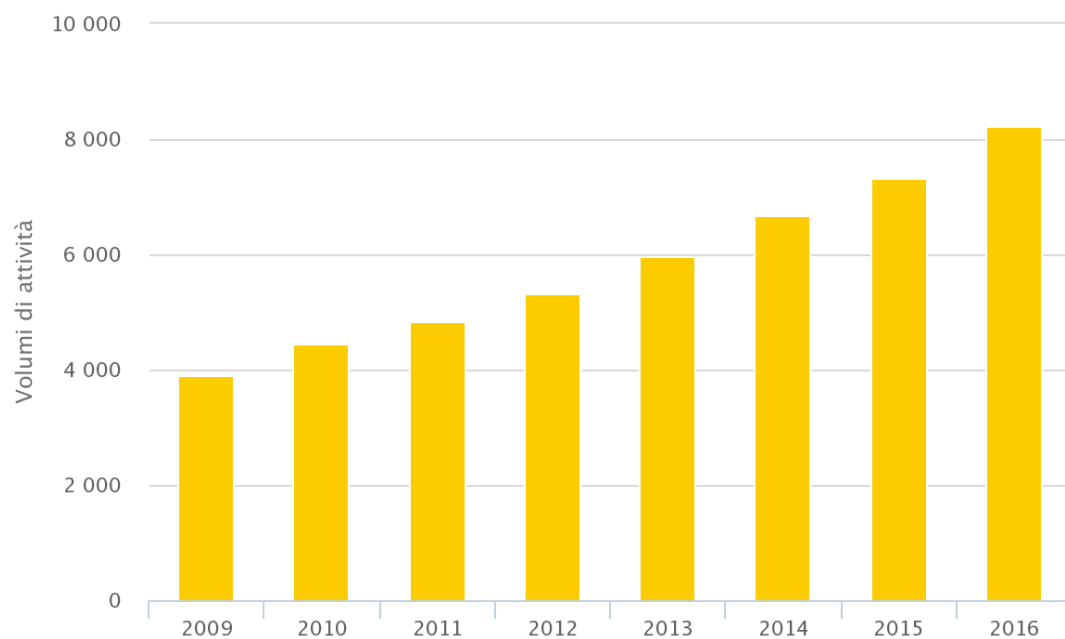
Il PNE documenta un rischio medio nazionale di riammissione a 30 giorni dopo intervento di protesi di anca di 3,7% e si osserva una associazione tra la proporzione di riammissioni e revisioni dell'intervento e il volume delle strutture ospedaliere italiane.

ARTROPLASTICA DELL'ANCA: VOLUME DI RICOVERI. ITALIA 2009 -2016**ARTROPLASTICA DELL'ANCA: DISTRIBUZIONE VOLUMI DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA**

Nel 2016, 783 strutture ospedaliere eseguono interventi di protesi di anca; tra queste, solo 385 strutture (49%) presentano un volume di attività ≥ 100 interventi annui, coprendo però l'82% delle artroplastiche totali.

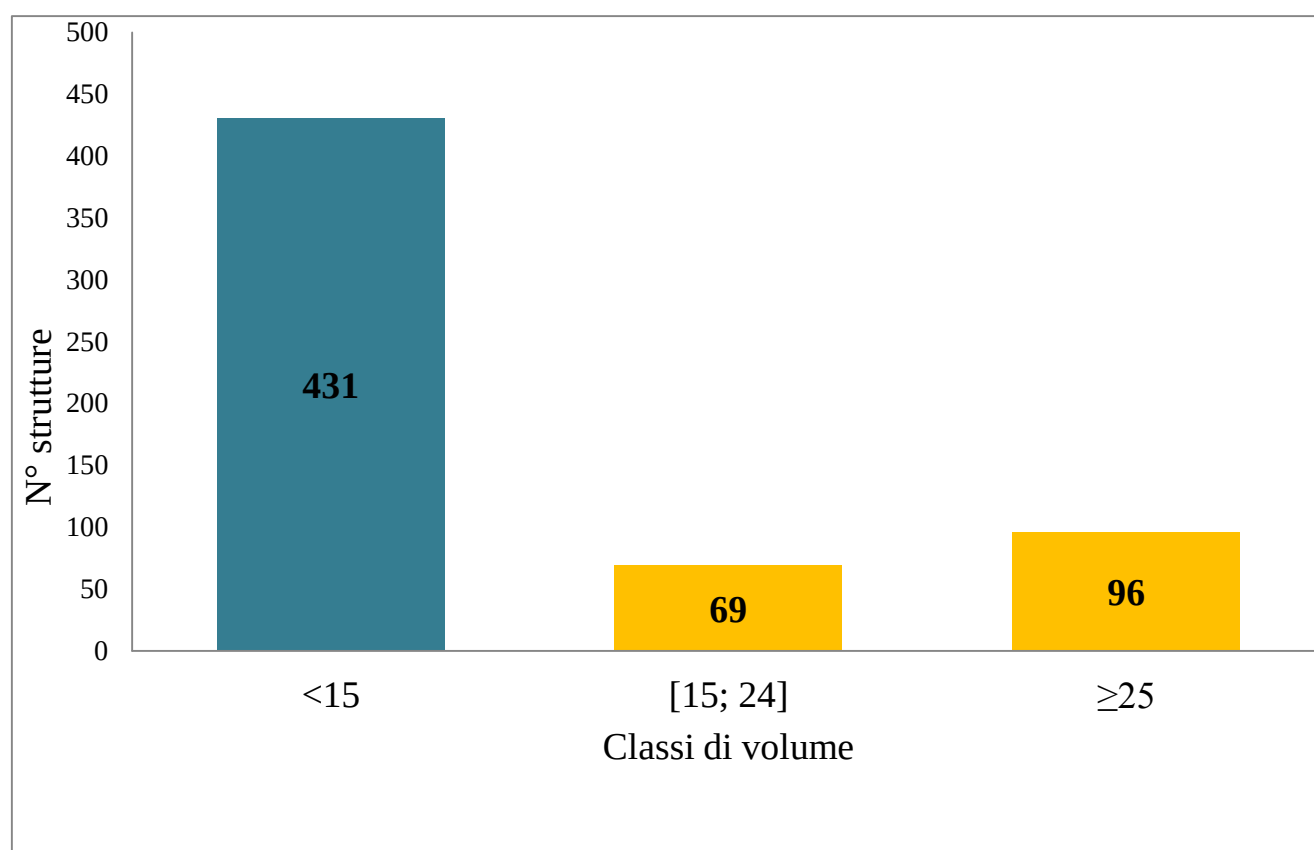
INTERVENTO DI PROTESI DI SPALLA: VOLUME DI RICOVERI. ITALIA 2008 -2016

Nel caso di un intervento protesico di recente diffusione su base nazionale, si osserva una costante crescita nel tempo con una sostanziale omogeneità di offerta fra le diverse regioni italiane e una rilevante eterogeneità intra-regionale.

ARTOPLASTICA DELLA SPALLA: VOLUME DI RICOVERI. ITALIA 2009-2016

Rispetto alle strutture con bassi volumi (che nel 2016 effettuano il 28% delle artroplastiche), le strutture con volumi di attività annuali ≥ 15 sono caratterizzate, sulla base di un recente studio, da una probabilità significativamente più bassa di durata della degenza ospedaliera, di fratture successive, di ricorso a trasfusioni di sangue e di necessità di revisione dell'intervento. Nel 2016, 596 strutture ospedaliere eseguono interventi di protesi di spalla; tra queste, solo 165 strutture (28%) presentano un volume di attività ≥ 15 interventi annui.

ARTROPLASTICA DELLA SPALLA: DISTRIBUZIONE VOLUMI DI ATTIVITÀ PER STRUTTURA



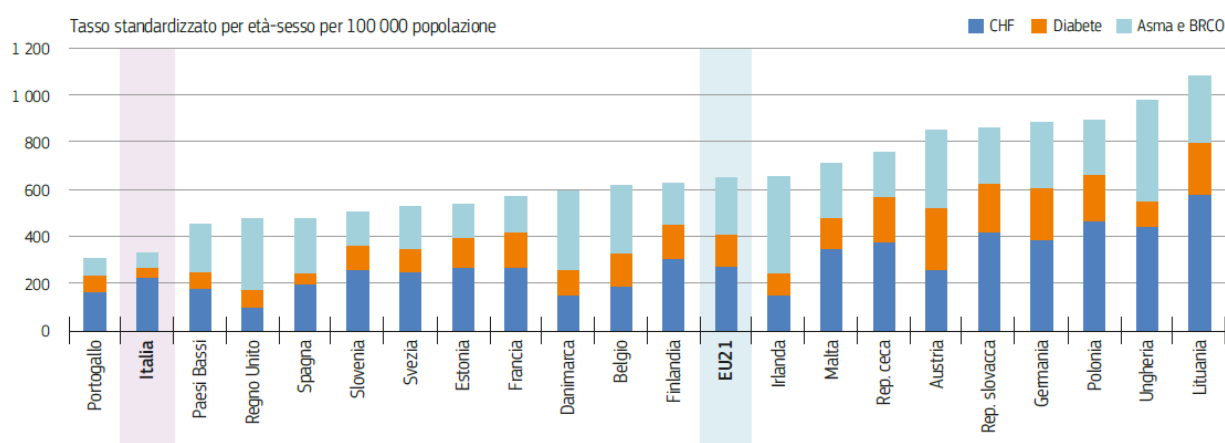
INDICATORI DI OSPEDALIZZAZIONE

Alcuni indicatori di ospedalizzazione misurano indirettamente la qualità delle cure territoriali, individuando le ASL nelle quali si osservano eccessi di ospedalizzazione potenzialmente evitabili grazie alla corretta presa in carico del paziente a livello territoriale.



A livello di Paesi OCSE, si rileva la bassa proporzione di ricoveri per malattia a prevalente gestione territoriale come il diabete, l'asma, la BPCO e l'insufficienza cardiaca congestizia (CHF), a suggerire una buona presa in carico dei soggetti cronici da parte del territorio.

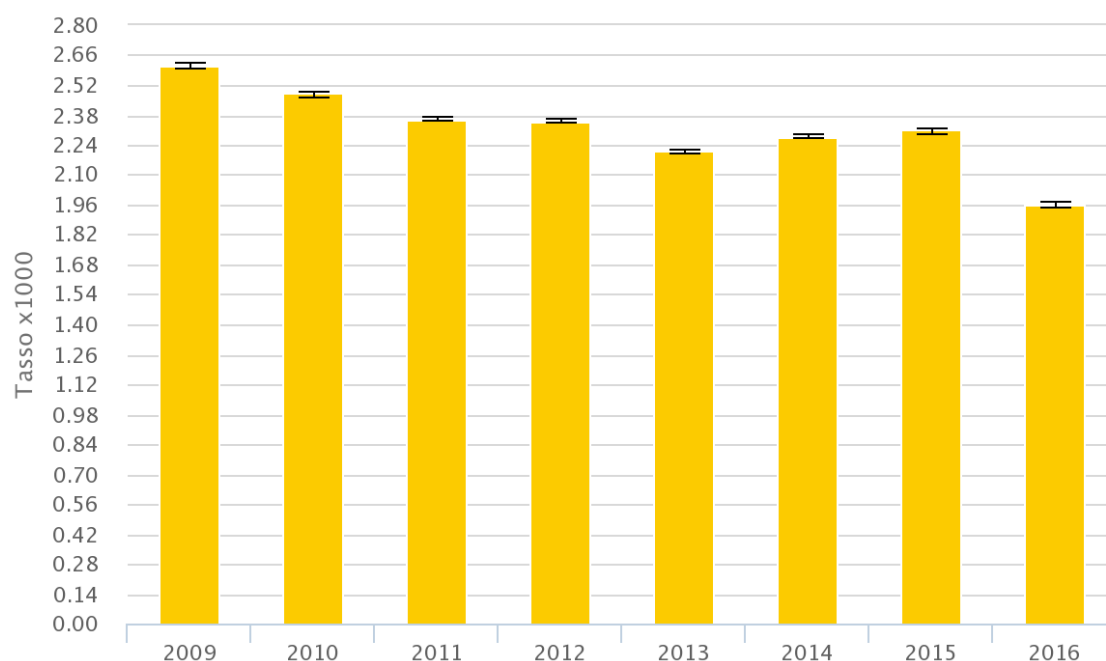
RICOVERI PER MALATTIE CRONICHE. OCSE 2017 – dati 2015



Nota: I tassi non sono adeguati in base al fabbisogno di assistenza o ai fattori di rischio per la salute.

Fonte: Statistiche sulla salute dell'OCSE 2017 (i dati si riferiscono al 2015).

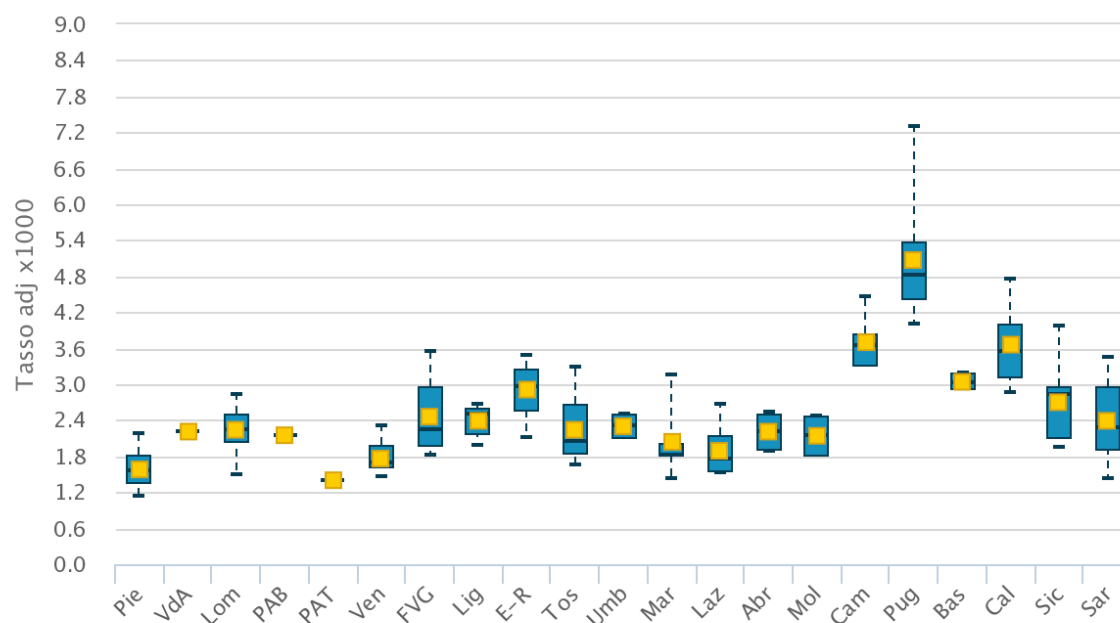
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA. ITALIA 2008 -2016



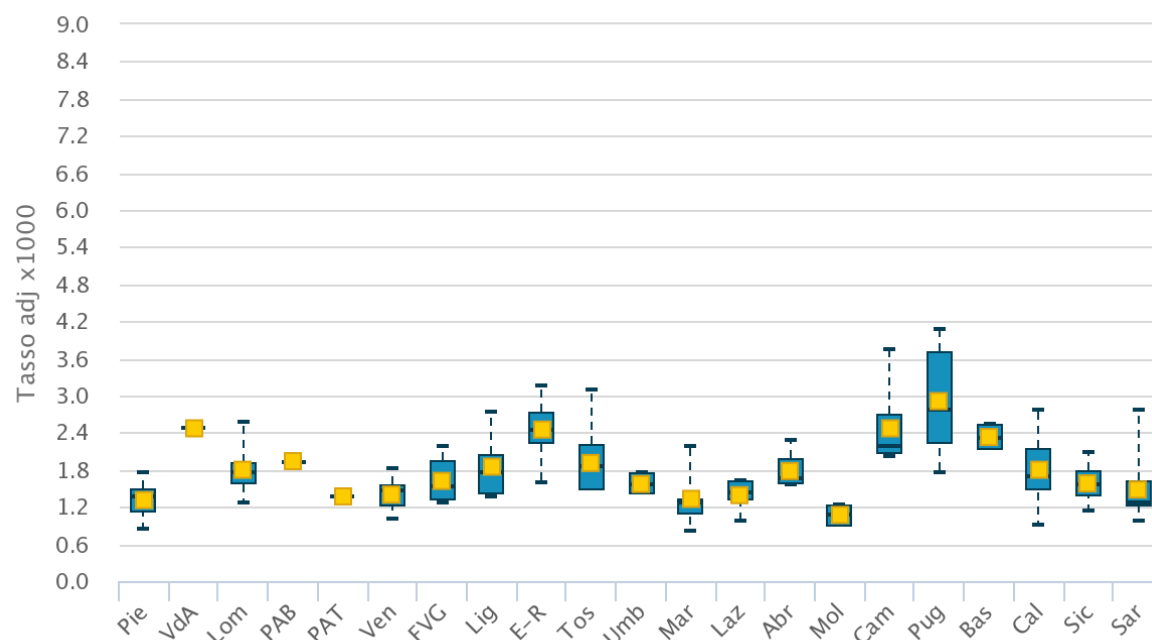
Il tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva si è ridotto progressivamente dal 2,5‰ nel 2010 al 1,9‰ nel 2016. Si stima che nel 2016 siano più di 24.000 i pazienti a cui è stata risparmiata un'ospedalizzazione potenzialmente evitabile.

A fronte di un valore nazionale medio del 1,9‰ nel 2016, si osserva una discreta variabilità intra e interregionale, che, tuttavia assume dimensioni sempre più ridotte nel tempo.

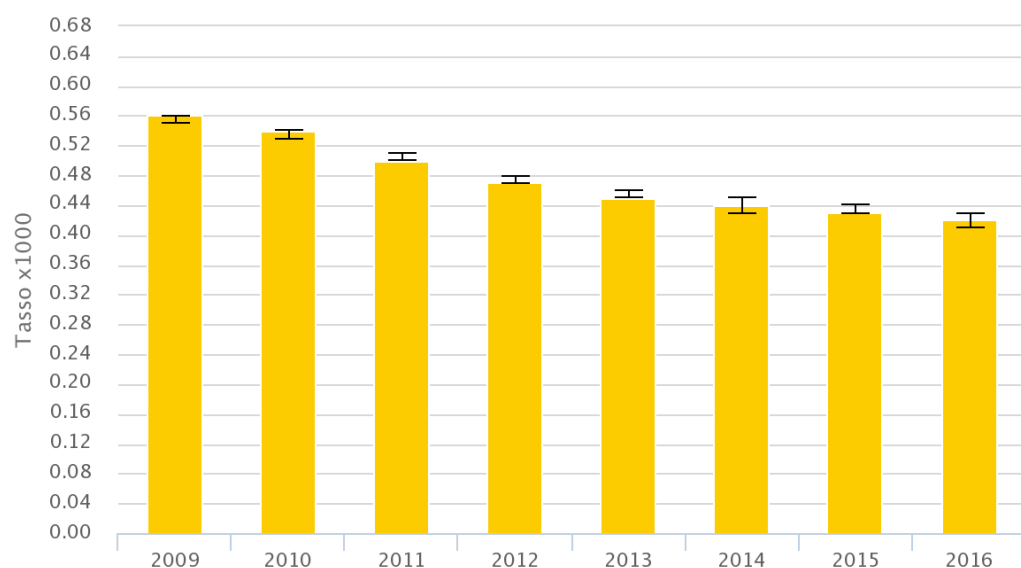
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - 2010



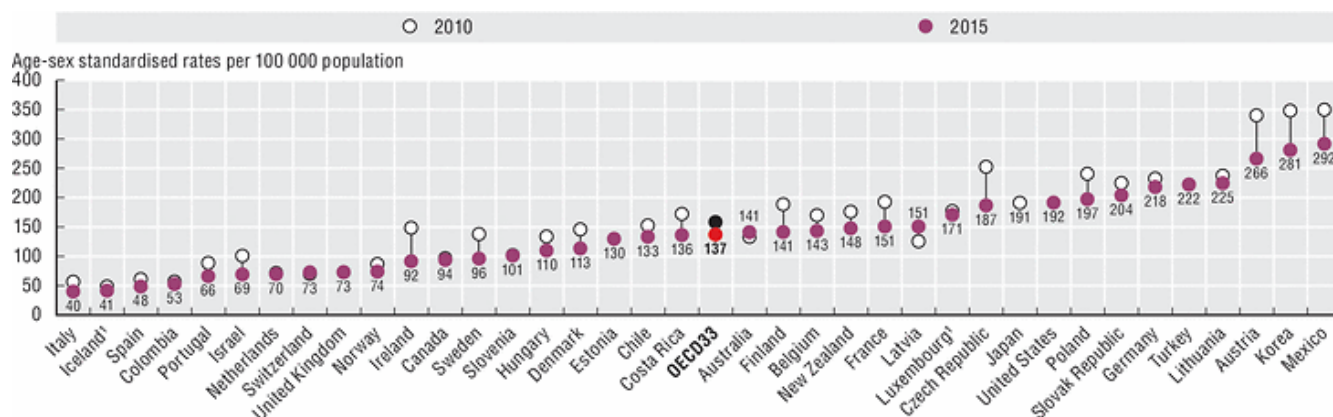
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER BRONCOPNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA - 2016



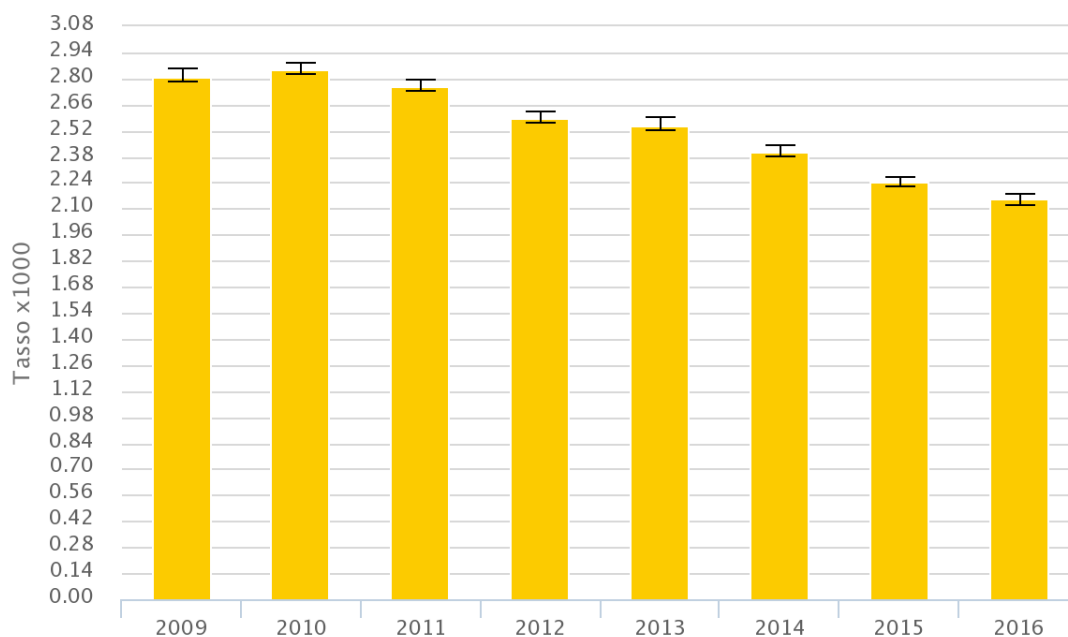
OSPEDALIZZAZIONE PER COMPLICANZE A MEDIO E LUNGO TERMINE DEL DIABETE – ITALIA 2009-2016



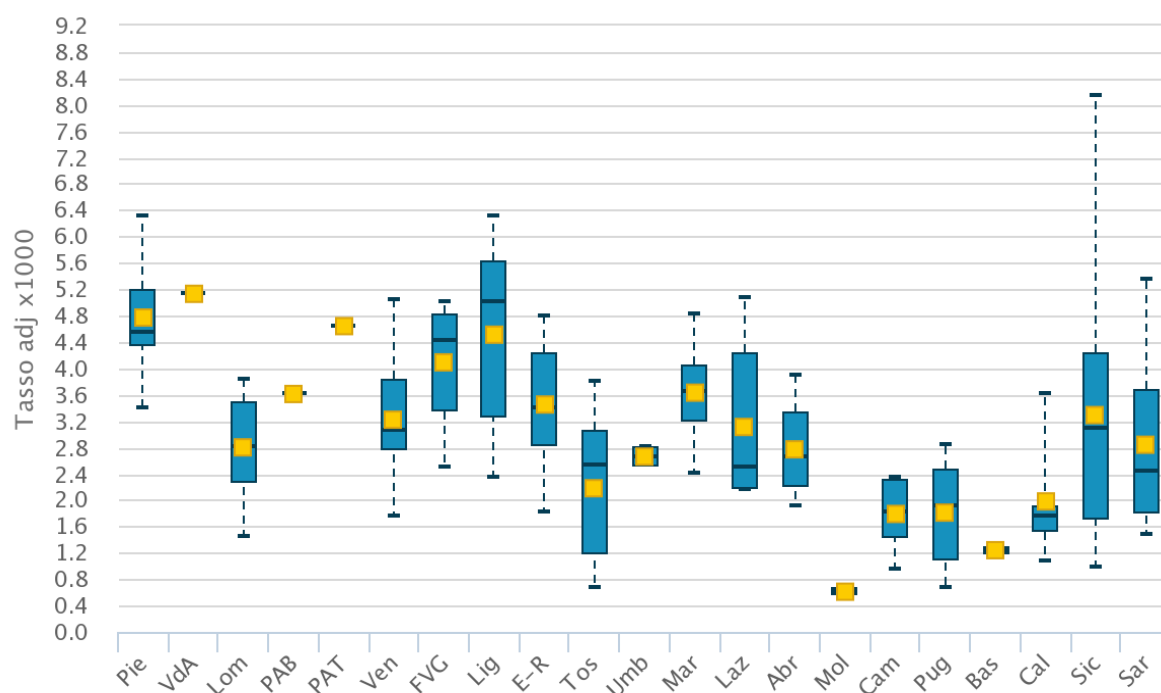
OSPEDALIZZAZIONE PER DIABETE NEGLI ADULTI. OCSE 2017 – DATI 2010 VS 2015



Gli indicatori di ospedalizzazioni possono essere utilizzati anche per misurare la variabilità geografica dei tassi di ricovero per determinate condizioni o interventi chirurgici. Ad esempio, elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione all'intervento chirurgico. L'indicatore consente di evidenziare eventuali variabilità nelle pratiche cliniche e nell'equità di accesso all'assistenza sanitaria tra le diverse aree geografiche esaminate.

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA.**ITALIA 2009 -2016**

Il tasso di ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia è diminuito leggermente nel tempo, passando dal 2,85‰ del 2010 al 2,15‰ nel 2016, corrispondente ad una riduzione di circa 6.400 interventi ad alto rischio di inappropriatezza solo nell'ultimo anno (popolazione <18).

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA. ITALIA 2010

TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE PER INTERVENTO DI TONSILLECTOMIA. ITALIA 2016
